



华夏人寿保险股份有限公司

理赔申请书

(个险业务使用)

填表前, 请详阅表单背面的理赔申请须知

出险人姓名		身份证号		性 别	
保险合同编号		所在单位		工作职务	
出险日期		出险地点		就诊医院	

索赔项目 (请填写申请索赔的 **险种名称及生效日期**, 请详细填写):

合同编号

生效日期

险种名称

索赔险种保险金给付方式 (含分期给付、一次性给付选择权的产品适用): 一次性给付 分期给付

事故发生原因、经过描述及伤病诊断名称(若是意外请务必详述事故经过, 如交通事故要填写驾驶车辆号或所乘车辆号)

出险人享受社会医疗保险 否 是

出险人已在其它保险公司投保 否 是 保险公司名称: _____ 险种: _____ 保额: _____

事故报公安/交警/劳动等相关部门处理 否 是 (请提供事故处理报告)

付款方式:

银行转账:

现本人递交银行存折复印件, 并授权贵公司将赔付款项划入以下指定的银行账户,

户 名: _____ 银行名称: _____

账 号: _____

现金

授 权 与 声 明

- 本人声明所陈述、填写及提交的所有相关资料内容均真实可信。
- 本人同意自行负责因银行转账信息包括账号提供错误导致转账不成功的后果。
- 本人授权华夏人寿保险股份有限公司向医疗机构及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印与本理赔申请相关的资料 (如医疗病历、医学检查报告、公安部门或法院资料等), 本人愿承担由此产生的一切法律后果。(此授权书的复印件亦具有同等效力)

签名前请确认所填资料是否正确, 并详尽阅读申请书背面的申请须知!

联系地址: _____ 移动电话: _____

固定电话: _____ (宅) 固定电话: _____ (单位)

保险金受益人签名: _____ 身份证号: _____

申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

代办(理)人姓名		单位及工号	
移动电话		固定电话	