华夏人寿 HUAXIA LIFE

团 险 理 赔 申 请 书

投保单位名称：　　投保单位地址：

索赔项目	□住院医疗　□意外医疗　□住院津贴　□身故　□全残/残疾 □重大疾病　□（企补）住院医疗　□（企补）门诊医疗 □其他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	保险合同编号
索赔类型	**□员工申请个人理赔　　□单位申请批次理赔（　　）人**	

员工申请个人理赔需填写以下内容： 本次事故是　□首次理赔　□再次理赔　□三（含）次以上理赔

员工姓名		性别		年龄		职务	
手机号码		固定电话		何时开始在此单位工作			
证件类型	□身份证 □其他：＿＿＿＿	证件号码					
事故日期		治疗日期		治疗医院		事故地点	
伤病诊断				是否驾驶机动车	□ 是　□ 否		

事故是否已通知本公司　□是　请注明通知日期：　年　月　日　□否

事故是否报公安/交警/劳动或卫生部门处理　□是（请附材料）　□否

请详述事故（治疗）经过：

目前是否正在申请或已获得其他保险公司、社保或第三者的给付及补偿　□是　已给付或补偿金额：＿＿＿＿＿＿□否

申请人姓名		手机号码		固定电话	

与被保险人关系：　□配偶　□本人　□父母　□子女　□监护人　□其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□ **本人授权华夏人寿保险股份有限公司（以下称“贵公司”）将赔付款项划入本人已在贵公司指定的银行账户。**

□ **因在贵公司无指定的银行账户，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。**

***银行名称：**　　***转账账号：**　　***账户持有人姓名：**

授 权 与 声 明

1. 本人声明申请人之陈述、回答及提交的所有相关资料内容均真实可信。
2. 本人同意自行负责因账号提供错误导致转账不成功的后果。
3. 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，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！ 申请人签字：　　年　月　日

投保单位证明：（如为单位申请批次理赔请在此**详细填写被保险人姓名及事故时间、原因、经过、地点以及治疗医院、伤病诊断情况；**或另附详细的加盖单位公章的事故证明文件）。	投保单位签章： 年　月　日