

永安财产保险股份有限公司

YONG AN INSURANCE CO.,LTD

人身险理赔申请书（含资料调阅授权书）

保单号码		保险险别	
投保人		被保险人姓名	
性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄	
工作单位		工作部门及工种	
家庭地址		身份证号码	
出险时间	年 月 日	出险地点	
理赔申请事项	<input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 其他：		
事故原因、详细经过及现状：			
申请人姓名		身份证号码	
联系电话		联系地址	
申请人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定受益人 <input type="checkbox"/> 被保险人或受益人的监护人 <input type="checkbox"/> 委托代理人		
被保险人是否在其它保险公司投保人身保险：			
<input type="checkbox"/> 是（承保公司： 投保险种： 保险金额： ） <input type="checkbox"/> 否			
领取保险金方式	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 转账		
开户行		户主	
		授权账号	
申请人声明与授权： 1、上述各项填报和本人提供的一切资料，均完全属实，如虚假或隐瞒，本人愿承担相应责任。 2、本人授权任何知情的单位和个人均可向永安保险公司提供与本理赔申请有关的一切资料。 3、本人同意贵公司向医疗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。 4、本人同意贵公司将有有关被保险人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。 5、本人清楚明白贵公司的赔付款项一经通过银行成功转账在本理赔申请表所指定的帐户，将视为本人已收到该笔赔偿款项。			
申请人： 年 月 日 投保人（单位）签章： 年 月 日			