

保险理赔申请书

保单号：

被保险人：

索赔申请人姓名：	性别/年龄：	身份证/护照号：
与被保险人关系： <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 继承人 <input type="checkbox"/> 受益人/继承人的监护人 <input type="checkbox"/> 其他		
电子邮箱地址：	联系电话：	
常住地址：	邮编：	
索赔类型：	<input type="checkbox"/> 航班/托运行李延误 <input type="checkbox"/> 随身/托运行李损失 <input type="checkbox"/> 旅行延误/变更 <input type="checkbox"/> 疾病/意外医疗 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 紧急医疗转运/送返回国（遗体送返） <input type="checkbox"/> 其他	
出险时间：	出险地点：	
保险事故描述： 1、详细的原因及经过 2、申请索赔项目及金额		
是否已向或可向其他保险公司/社保/其他第三方索赔： <input type="checkbox"/> 是 请列出公司名称/理赔项目/理赔金额： <input type="checkbox"/> 否		
请您填写银行账号信息，我们会将您的赔款打入您所提供的账号中（开户行请精确到支行）：		
户名：	开户行：	账号：
郑重声明： 本人保证在理赔申请书上所填写的内容详尽真实； 1、本人同意任何单位或个人均可向众安保险提供与此次理赔申请有关的资料（包括病历、账单、司法证明资料）； 2、本人自行负责因账号提供错误导致划账不成功的后果； 3、本人同意承担因报案通知延迟致使本次事故责任无法确定的相关责任； 4、本人授权众安保险以及众安保险指定的第三方服务机构依据《医疗机构病例管理规定》、《电子病历基本规范（试行）》和《中医电子病历基本规范（试行）》等相关法律法规许可范围内调阅、摘抄、复印与理赔申请相关的资料，本人愿承担由此产生的一切法律责任；		
申请人签字：	年 月 日	

保险人联系地址：上海市黄浦区圆明园路 169 号 4-5 楼 邮政编码：200002

全国统一服务电话：1010-9955