众安在线财产保险股份有限公司

理赔申请书

\*保单号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \*被保险人姓名： | | 性别： | | \*身份证号： |
| 联系地址： | | | | \*联系电话： |
| 工作单位名称： | | | | |
| 报案人姓名： | | 与出险人关系： | | 联系电话： |
| \*事故发生日期：年 月 日 | | | 事故类型：□意外□疾病 | |
| \*理赔类别：□医疗 □重疾 □伤残 □身故 □生育 □其它 | | | | |
| 就诊时间： | | | 就诊医院： | |
| 就诊类别：□门诊 □住院 | | | 发票张数： 张 | |
| \*事故经过 |  | | | |
| 目前是否正在申请或已获得其他保险公司、社保或第三方给付及赔偿：□是 □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：   1. 本人保证在理赔申请书上所填写的内容详尽真实； 2. 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）； 3. 本人自行负责因账号提供错误导致划账不成功的后果； 4. 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。 5. 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取及复印被保险人病历。   \*申请人签字： 年 月 日 | | | | |

注：\* 为必填项。