



意外伤害保险和短期健康保险理赔申请书

被保险人姓名		性别		年龄		职业	
身份证号		联系电话		手机		固定电话	
单位名称							
理赔通知送达地址						邮编	
申请理赔事项	<input type="checkbox"/> 意外医疗		<input type="checkbox"/> 门诊医疗		<input type="checkbox"/> 住院医疗		<input type="checkbox"/> 住院补贴
	<input type="checkbox"/> 身故给付		<input type="checkbox"/> 残疾给付		<input type="checkbox"/> 重大疾病		<input type="checkbox"/> 其它事项
是否需要理赔分割单	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(如需理赔单据复印件, 请于理赔前自行复印, 复印件经我司核对与原件一致后可予加盖理赔章)						
事故经过	事故日期			事故地点			
	事故简要经过						
	事故目前状况						
	事故是否通知本公司			<input type="checkbox"/> 是, 请注明日期: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 否		
	其它事故处理情况(请说明是否报公安/交警/劳动或卫生部门处理; 身故者是否检验死因)						
	申请和获得补偿情况(是否正在申请或已获得其它保险公司、社保或第三者的给付及补偿)			<input type="checkbox"/> 是, 请具体说明:	<input type="checkbox"/> 否		
申请人与被保险人关系				申请人联系电话			
如属于保险责任, 保险金领取方式:	1.申请人本人领取现金(申请人为一人时, 领款时需要出示申请人证件; 申请人为数人时还要同时提交《索赔及保险金领取协议书》)						
	2.申请人本人要求通过银行转帐(申请人为数人时要同时提交《索赔及保险金领取协议书》) 开户银行:, 户名: 账号:						
	3.委托(委托人需要出示本人证件和填写完整的《理赔授权委托书》)						
理赔申请声明: 1. 本人已经仔细阅读和认真填写了以上各项内容; 2. 本人同意自行承担因账户提供错误导致划账不成功的后果; 3. 本人声明以上填写内容真实详尽, 并无重大遗漏, 可作为理赔依据; 4. 本人授权阳光保险股份有限公司依据《医疗机构病历管理规定》的许可范围复印被保险人病历; 5. 本人授权任何医疗机构、保险公司或其它机构以及一切熟悉被保险人身体健康状况、就医情况、事故经过的单位和个人, 均可将被保险人有关资料向阳光保险股份有限公司如实提供。							
申请人(授权人)签字: 申请日期:							