弘康人寿保险股份有限公司
理赔申请表

理赔号码：_____

保险单号码：	报案号码：	同一事故：☐ 首次理赔 ☐ 再次理赔
出险人姓名：	性别： ☐ 男 ☐ 女	出生日期： _____年____月____日
销售人员姓名/编号：	销售机构编号：	联系电话：

第一部分 一般资料

申请人姓名：		与出险人关系：☐本人☐投保人☐受益人☐其他：_____（请注明）	
性别： ☐男 ☐女	国籍：☐中国 ☐其他	职业：_____	证件类型：☐身份证 ☐其他_____
证件号码：☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐			有效期至 _____年____月____日 ☐终身
联系电话：	固定电话： 手机： （请您填写手机号码，我们会以短信方式通知您理赔进度）		电子邮箱：
服务单位名称和地址：			邮编：☐☐☐☐☐☐
联系地址：			邮编：☐☐☐☐☐☐

第二部分 索赔项目

☐住院补贴 ☐重症监护补贴 ☐意外医疗给付 ☐住院医疗给付 ☐手术给付 ☐残疾给付 ☐意外残疾收入
☐重大疾病 ☐妇女疾病给付 ☐豁免保险费 ☐防癌保险给付 ☐提前给付 ☐身故给付 ☐其他

第三部分 理赔领款方式

本人同意弘康人寿保险股份有限公司将本次理赔之款项通过银行转账方式转入以下账户
开户银行：_____ 户名：_____
账号 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 是否信用卡 ☐ 是 ☐ 否
注： 1、用于转账的账号须为被保险人的账号，若被保险人未成年，可使用投保人账号；
2、如果转账不成功或者因为理赔特殊情况所需，本公司有权使用其他方式发放。

第四部分 保险事故

意外适用
意外发生时间：_____年_____月_____日 就诊医院：_____
若为交通意外，有否交通事故责任认定书？ ☐有（请提供）☐没有 入院日期：_____年_____月_____日
若为他人伤害，有否公安部门报警证明？ ☐有（请提供）☐没有 出院日期：_____年_____月_____日

疾病适用
诊断：_____ 就诊医院：_____
疾病持续时间：_____ 入院日期：_____年_____月_____日
首诊日期：_____ 出院日期：_____年_____月_____日

身故适用
身故原因：_____
身故日期：_____年_____月_____日 医院名称：_____

第五部分 保险经历

同一事故在其他保险公司理赔情况 ☐有（请注明保险公司名称及保险单号码）
☐没有

第六部分 声明及授权

1. 本人声明在本申请书上所填写的内容全部属实及详尽；
2. 本人在此授权贵公司可向医院、诊所、医生、其他保险公司或其他任何组织或个人查阅有关被保险人/投保人的资料或索取有关证明文件；且贵公司可向再保险公司或被保险人/投保人申请投保的其他保险公司提供相关资料；
3. 此授权书的副本与正本具有同等效力；
4. 本人明白赔偿款项一经通过银行划账到本人账号，将视为本人已收到该笔赔偿款项。

申请人签名：_____ 日期：_____