

保险赔款权益转让书

中国人民健康保险股份有限公司

公司:

本人(转让人)系_____保单项下权益的

☐被保险人 ☐受益人 ☐继承人 ☐上述人员的授权人

本人同意将因_____ (保险事故描述) 可从贵公司领取的全部赔款金额转让给本转让书所列明受让人。同时, 郑重承诺已经仔细阅知、理解下述各项规定并同意遵守:

1. 转让人同意贵公司通过银行转账将上述款项划转到受让人指定账户内。

2. 因不可归责于贵公司的事由, 导致应付款项不能及时划转、转账错误等责任, 由转让人或受让人承担。

3. 本转让书签署后, 转让人放弃就上述款项对贵公司的追索权。

4. 因转让人与受让人之间款项所有权转移所发生的纠纷, 贵公司不承担任何责任。

5. 本转让书所列内容为转让人的真实意思表示, 如有任何虚假, 由转让人承担相应的法律责任。

受让人指定账户信息:

名称		住所	
账户形式	<input type="checkbox"/> 借记卡 <input type="checkbox"/> 银行存折 <input type="checkbox"/> 其它		
开户行			
受让人账户			
联系电话			
转让人签章/签名		受让人签章/签名	
年 月 日		年 月 日	

客户身份基本信息登记表（非自然人客户）

保单号:

客户名称					
地址/住所					
经营范围					
执照、证件名称	<input type="checkbox"/> 营业执照 <input type="checkbox"/> 组织机构代码证 <input type="checkbox"/> 税务登记证 <input type="checkbox"/> 其他_____				
营业执照号码:			有效期:	_____至_____ <input type="checkbox"/> 长期	
统一社会信用代码（“三证合一”适用）					
组织机构代码					
税务登记证号码					
法定代表人信息	姓名				
	证件类型		证件号码		
	证件有效期	年 月 日至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 长期			
负责人信息	姓名				
	证件类型		证件号码		
	证件有效期	年 月 日至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 长期			
控股股东或者实际控制人	姓名				
	证件类型		证件号码		
	证件有效期	年 月 日至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 长期			
授权办理业务人员信息	姓名		联系电话		
	证件类型		证件号码		
	证件有效期	年 月 日至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 长期			
单位盖章:	备注: 日期:				