

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	
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	
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	
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	
单位盖章:	备注:		
	日期:		