

人身保险理赔申请书

理赔通知号：

理赔案件号：

销售渠道			
营业单位		代码	
营销员姓名		代码	
销售人员姓名		代码	
其它销售信息			

填写提示：

- 1、所有填写内容必须真实、准确、完整。
- 2、如果被保险人有多个合同的，请在合同信息栏依次填写合同号。
- 3、主申请人为能代表所有受益人权益，与本公司就理赔相关事宜进行处理、沟通、协调、联络的受益人。
- 4、营销员信息及受理备注由保险公司人员填写。

合同信息	1.保险合同号：				2.保险合同号：							
	3.保险合同号：				4.保险合同号：							
被保险人姓名				性别			职业			国籍		
证件类型				证件号码				证件有效期				
地 址								邮政编码				
联系电话				手机号码				电子邮箱				
与投保人关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 其他_____												
申请项目： <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病			<input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 烧伤		<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 残疾		<input type="checkbox"/> 住院补贴 <input type="checkbox"/> 身故		<input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 其它			
事故经过	时间				地点				原因			
	详细经过（何时、何地、何人、何因、经过、结果）：											
事故者现状		<input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗结束 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 身故（身故日期： 年 月 日）										
被保险人是否在其他保险公司投保人身保险						<input type="checkbox"/> 是 承保公司（ ） <input type="checkbox"/> 否						
是否因同一保险事故在其它公司申请理赔						<input type="checkbox"/> 是 已理赔公司（ ） <input type="checkbox"/> 否						

