



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"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 住院补贴 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 烧伤 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 身故 <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	