

## 理赔申请书及资料交接凭证（含资料调阅授权书）

\*以下请申请人或受托人填写

出险人姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄		出险人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 其他
身份证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它(请注明)		证件号码				
工作单位	住址及邮编				出险人电话		
申请人姓名	与出险人关系		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 受益人		申请人电话		
身份证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它(请注明)		证件号码		有效期限		
受托人姓名	受托人身份		<input type="checkbox"/> 业务员 <input type="checkbox"/> 其他(请注明)		受托人电话		
领款方式	<input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 现金		开户行		户名		
账号			是否其他公司投保		<input type="checkbox"/> 是 承保公司: _____ <input type="checkbox"/> 否		
事故描述: <b>事故时间:</b> _____ <b>事故地点:</b> _____ <b>事故经过:</b> _____ _____ _____							请您 核对 并 确认

\*以下栏目由公司理赔受理人员填写

**保单号码:**

本公司现收到理赔申请材料如下（因理赔险种不同，您所提供的某些材料必须是原件，具体以合同规定为准）：			
<input type="checkbox"/> 保单凭证原件/复印件	( ) 份	<input type="checkbox"/> 医疗费收据原件/复印件	( ) 份
<input type="checkbox"/> 疾病诊断书原件/复印件	( ) 份	<input type="checkbox"/> 医疗费结算明细表原件/复印件	( ) 份
<input type="checkbox"/> 残疾鉴定报告原件/复印件	( ) 份	<input type="checkbox"/> 病历、出院小结原件/复印件	( ) 份
<input type="checkbox"/> 病理、血液、X光报告原件/复印件	( ) 份	<input type="checkbox"/> 意外事故证明原件/复印件	( ) 份
		<input type="checkbox"/> 票面金额	( ) 元
		<input type="checkbox"/> 处方原件/复印件	( ) 份
		<input type="checkbox"/> 授权委托书原件	( ) 份
		<input type="checkbox"/> 其他---	
*以下送审材料均为复印件（递交材料时，公司需要核对原始文件）			
<input type="checkbox"/> 事故者身份证明	( ) 份	<input type="checkbox"/> 受益人身份证明	( ) 份
<input type="checkbox"/> 居民死亡证明	( ) 份	<input type="checkbox"/> 受托人身份证明	( ) 份
<input type="checkbox"/> 户口注销证明	( ) 份	<input type="checkbox"/> 银行存折复印件	( ) 份
		<input type="checkbox"/> 受益人关系证明	( ) 份
		<input type="checkbox"/> 丧葬、火化证明	( ) 份
		<input type="checkbox"/> 其他---	

\*声明及签名栏

声明： 1.本人在本申请书上所填写内容及所递交材料均详尽属实； 2.同意贵公司向医疗及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印与理赔申请相关的资料，承诺配合贵公司合理的调查行为，例如按要求至指定的鉴定机构进行鉴定、接待调查人员的拜访等，若本人未尽上述同意或承诺义务致使贵公司无法理赔，本人愿承担由此产生的一切法律后果； 3.同意贵公司在决定赔付后按照本申请书上提供的银行账户信息进行转账，并承担因账号信息提供错误等原因导致转账不成功的一切后果；如本次实际赔付的保险金超过2万元人民币，本人同意亲自至贵公司指定的服务地点办理结案手续。		
申请人(理赔金受益人或其监护人)签字：		年 月 日
受托人(签名、日期):		机构受理人员(签名/日期):

注:此表一式二联，一联交申请人或委托代理人，作为理赔申请及资料交接凭证；一联本公司留存。

**全国客户服务热线电话：40088-95509**

联系地址：

联系电话：

（条形码） || || || || || ||