

理赔申请书：

恒大人寿保险有限公司



理赔申请书

保单号码					投保单位(仅团险索赔填写)		
索赔类别	<input type="checkbox"/> 身故保险金 <input type="checkbox"/> 残疾保险金 <input type="checkbox"/> 重疾保险金 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 其他_____						
	<input type="checkbox"/> 住院/津贴/意外/门诊医疗保险金(发票张数_____ 发票金额_____ 发票原件: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)						
申请人	姓名:	性别:	出生日期:	国籍:	职业:		
	证件类型	证件号码		有效期限			
	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 <input type="checkbox"/> 其他_____					电话	
	申请人身份: <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人						
	联系地址					邮编	
出险人	与申请人是否为同一人: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如勾选是, 可不填写出险人栏信息)						
	姓名:	性别:	出生日期:	国籍:	职业:		
	证件类型	证件号码		有效期限			
	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 <input type="checkbox"/> 其他_____					电话	
	联系地址					邮编	
事故经过	时间:	地点:		治疗医院:			
	原因和经过:						
报销信息	<input type="checkbox"/> 未经任何形式报销 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 其他_____						
	已报销金额:						
领款方式	<input type="checkbox"/> 银行自动转账 <input type="checkbox"/> 其他方式_____			开户银行			
	账户所有人姓名				银行账号		

