

团险理赔申请书

保险合同号:		第 <input type="checkbox"/> 次索赔					
投保单位信息	单位名称					电话	
	单位地址					邮编	
出险人	姓名		性别		电话		
	证件名称		证件号码				
	联系地址					邮编	
	出险人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人		<input type="checkbox"/> 连带被保险人			
受益人	姓名	性别	年龄	联系地址	电话	与被保险人关系	
索赔类别	<input type="checkbox"/> 身故		<input type="checkbox"/> 全残		<input type="checkbox"/> 重大疾病		<input type="checkbox"/> 残疾
	<input type="checkbox"/> 疾病门诊		<input type="checkbox"/> 疾病住院		<input type="checkbox"/> 意外伤害门诊		<input type="checkbox"/> 意外伤害住院
保险金领取方式		<input type="checkbox"/> 银行转账支票 (如委托他人领取需填写《理赔委托书》)					
		<input type="checkbox"/> 银行自动转账				银行名称:	
		户名:	账号				
事故发生时间		地点		就诊医院			
首次症状出现时间		确诊日期		诊断结果			
请简述出险经过和结果:							
被保险人本次出险是否已向其他保险公司索赔	公司名称	险种	保险金额	生效时间	是否已赔付	理赔金额	
<p>声明及授权:</p> <p>1、本人声明以上陈述、回答及提交的所有相关材料内容均真实可信, 否则, 贵公司有权拒绝给付。</p> <p>2、本人作为受益人 (继承人) 向贵公司办理申请给付手续, 申请人、受益人资料无错漏。否则, 因此产生的法律后果由本人承担。</p> <p>3、本人授权任何医疗机构、保险公司或其他机构、组织及熟悉本人身体健康状况之人士, 均可以将本人有关身体健康状况之资料向中新大东方人寿保险有限公司如实提供。本授权之影印本具有同等效力。</p>							

申请人签名:

日期:

受理人员签名:

日期:

投保单位签章:

业务员姓名:

电话: