



理赔申请书(医疗、残疾、重疾责任)

单证代码: F00280

为确保您的正当权益,在填写前敬请详阅《填写指南》

保险合同号码:																		
申 请 人	申请人姓名:			性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____			职业:								
	(请务必填写申请人本人电话,勿填写业务员或代办人电话)																	
	手机:			固定电话: 区号			号码			EMAIL:								
	联系地址:			省/直辖市			市			区/县			街道/乡镇			邮编:		
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____			证件														
	有效期: 至			年			月			日/ <input type="checkbox"/> 长期			号码					
	申请人身份: <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人的监护人																	
申请类型(可复选): <input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 疾病医疗 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 意外残疾(失能) <input type="checkbox"/> 疾病残疾(失能)																		
出险人身份: <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人之配偶 <input type="checkbox"/> 被保险人之子女																		
投保人是被保人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____																		
出险人姓名:			性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____			职业:									
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他			证件															
有效期: 至			年			月			日/ <input type="checkbox"/> 长期			号码						

