



理赔资料交接凭证

出险人姓名:

证件号码:

文件名称	数量	单位	提交形式 (勾选)	
保险合同正本		本	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
索赔申请书		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
出险人身份证明或户籍证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
受益人身份证明或户籍证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
受益人与出险人关系证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
申请人身份证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
申请人与出险人关系证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
法定第一顺序继承人证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
病案材料(门诊、急诊病历、住院病历)		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
医学辅助检查报告(例:确诊的病理、化验、影像、心电图等检查报告)		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
诊断证明书		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
医学死亡证明书		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
户口注销证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
丧葬(火化)证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
意外事故证明(交通、公安等部门出具)		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
医药费发票		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
费用明细单		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
受益人银行存折或银行卡		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
张数合计		张	---	---

第一联: 客户联

农银人寿保险股份有限公司 分公司

提交人:

提交日期:

签收人:

签收日期:



理赔资料交接凭证

出险人姓名:

证件号码:

文件名称	数量	单位	提交形式 (勾选)	
保险合同正本		本	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
索赔申请书		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
出险人身份证明或户籍证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
受益人身份证明或户籍证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
受益人与出险人关系证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
申请人身份证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
申请人与出险人关系证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
法定第一顺序继承人证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
病案材料(门诊、急诊病历、住院病历)		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
医学辅助检查报告(例:确诊的病理、化验、影像、心电图等检查报告)		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
诊断证明书		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
医学死亡证明书		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
户口注销证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
丧葬(火化)证明		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
意外事故证明(交通、公安等部门出具)		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
医药费发票		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
费用明细单		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
受益人银行存折或银行卡		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
		张	<input type="checkbox"/> 原件	<input type="checkbox"/> 复印件
张数合计		张	---	---

第二联：公司联

农银人寿保险股份有限公司 分公司

提交人:

提交日期:

签收人:

签收日期: