

团 险 医 疗 保 险 理 赔 申 请 书

(※以下内容请用黑色签字笔填写, 请务必保证填写完整)

申请人基本信息

申请人姓名: _____	证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他: _____			
电话: _____	证件号码			

申请人领款信息

申请人帐户所属银行:	开户地(省/市):
申请人帐户号	

出险人基本信息 为申请人本人 (※若出险人为申请人本人, 可免填本栏) 为申请人未成年子女 其他

出险人姓名: _____	证件类型: <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 其他: _____			
	证件号码			

出险经过 (※如为意外事故请填写本栏)

时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时	地点: _____
详细经过: _____	

本次理赔申请费用信息 (※请于下方按日期顺序填写单张医疗收据总金额)

1、_____ 元	6、_____ 元	11、_____ 元	16、_____ 元	21、_____ 元
2、_____ 元	7、_____ 元	12、_____ 元	17、_____ 元	22、_____ 元
3、_____ 元	8、_____ 元	13、_____ 元	18、_____ 元	23、_____ 元
4、_____ 元	9、_____ 元	14、_____ 元	19、_____ 元	24、_____ 元
5、_____ 元	10、_____ 元	15、_____ 元	20、_____ 元	25、_____ 元

其他提交材料

身份证明	医疗费用清单/处方	门急诊/住院 病历	病理/血液/影像报告	意外事故证明
共 () 张	共 () 张	共 () 张	共 () 张	共 () 张

声明及授权

- 1、本人保证上述各项填报及所提供材料均真实、准确, 如有不实, 本人愿意承担一切责任; 如此表由他人代为填写, 责任由本人承担。
- 2、本人同意并授权中荷人寿保险有限公司(以下简称贵公司)向任何医生、医院、诊所、保险公司、合作医疗组织、政府机构或任何其它组织查询、调阅、摘抄、复印与理赔申请相关及与出险人健康状况相关的资料, 或索取证明材料, 上述权利人愿承担由此产生的一切法律责任。
- 3、本人知晓除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外, 其它任何人的口头及书面陈述, 报告或合约, 贵公司不需负任何责任。
- 4、本人授权贵公司将本次理赔金或其他费用转入本人指定的帐户, 由本人过错导致的付款不成功, 未及时, 或未全额收取相关款项的, 贵公司不承担责任。
- 5、本人知晓如果申请赔付金额≥1万元, 本人必需提供身份证明有效期、国籍、职业、联系地址信息。

申请人签字: _____ 收件人签字: _____ 收件日期: _____

保单服务人员签收: _____