

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

<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4、本人授权贵公司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。</p> <p>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。</p>
--

申请人签字: _____ 收件人签字: _____ 收件日期: _____

保单服务人员签收: _____

反欺诈提示：

请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为：1. 故意虚构保险标的；2. 对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度；3. 编造未曾发生的保险事故；4. 故意造成财产损失的保险事故；5. 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。

进行保险诈骗犯罪活动，可能会受到拘役、有期徒刑，并处罚金或者没收财产的刑事处罚；尚不构成犯罪的，可能会受到 15 日以下拘留、5000 元以下罚款的行政处罚；保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。保险事故的鉴定人、证明人、财产评估人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，将会受到相应的刑事或行政处罚。

本人已阅读并知晓上述《反保险欺诈提示》

申请人签字：_____