

## 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)

投保单位名称 (※填写提示: 李女士以配偶身份参保张先生单位员工团体保险, 本栏填写张先生单位名称)

团体保险投保人名称 (工作单位名称)	
--------------------	--

## 申请人基本信息

申请人姓名:	国籍:	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

申请人账户所属银行:	开户地 (省/市):
申请人账号	

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:	国籍:	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:	

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、 本人为提供保险服务的需要, 同意并授权中荷人寿保险有限公司 (以下简称贵公司): 通过知悉出险人本人信息的任何机构 (包括但不限于医生、医院、诊所、保险公司、合作医疗组织、政府机构等) 查询、调阅、摘抄、复印与出险人本人有关的全部信息 (包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等); 贵公司及与贵公司具有必要合作关系的机构均可对上述信息进行合理的使用。为确保信息安全, 贵公司及与贵公司具有必要合作关系的机构应采取有效措施并承担保密义务。</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<math>\geq</math>1万元, 本人必需提供身份证明有效期限、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: \_\_\_\_\_