



团体医疗保险理赔申请书

被保险人信息							
被保险人姓名		性别		身份证号			
联系电话		户名		存折/卡号			
开户行全称							
申请项目信息							
就诊次数	就诊时间	就诊医院	就诊原因	费用类别	费用金额 (元)	收据 (张)	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
合计							

理赔申请提示：

1. 本申请书适用于团体医疗的集中理赔申请；
2. 请清楚、完整、正确填写以上内容；
3. 每次门诊（住院）或同一天因不同病因就诊申请理赔时请分栏填写；
4. 请准确填写收据数量及发票金额；
5. 费用类别填写门诊或住院；就诊原因填写疾病诊断；
6. 索赔时请提供：门诊——门诊病历、相关检查报告、发票原件（用药清单）等；
住院——出院小结、疾病诊断证明书、发票原件、医保结算清单或分割发票原件、住院费用总清单等；
7. 请在申请同时一并附上身份证复印件及转帐存折或卡的复印件。

声明：

- 1、本人授权投保单位向贵公司办理索赔的一切手续；
- 2、上述各项填报及本人提供的一切资料，均完全属实，如虚假或隐瞒实情，贵公司有权拒付保险金并依法追究法律责任；
- 3、本人授权任何医院及知情的单位和个人均可向中国人民人寿保险股份有限公司提供与本理赔申请有关的一切资料，由此产生的一切法律后果由本人承担。
- 4、本人授权中国人民人寿保险股份有限公司将理赔款项划帐至指定银行帐号，若转帐成功即视为本人已领取相应款项。

申请人签字：_____

填单日期：_____