

团体医疗索赔申请书（含资料调阅授权书）



CA033

模 板



信息栏：（请务必认真填写下表内容并仔细阅读黑体字及背面权益提示）

赔案号：

投保单位名称	上海XXXX学校		
保险合同号码		投保单位联系人姓名	
投保单位地址		投保单位联系人联系方式	

申请人信息	姓名	张三	性别	男	与被保险人关系	☒ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 其他			
	证件类型	☒ 身份证 ☐ 其他		证件号码	310104194611174810				
	证件有效期限	2020年1月1日 ☐ 长期		国籍	中国		职业	职员	
	联系方式	移动电话	18618021000		固定电话			电子邮箱	
	联系地址	上海市虹口区东大名路558号				与投保人关系	劳动关系		
	开户银行	交通银行	户名	张三	银行账号	1041 8206 1117 4810			
	申请理赔类型： ☒ 门急诊医疗费用 ☐ 住院医疗费用 ☐ 住院津贴 ☐ 女工生育费用 ☐ 其他								

被保险人信息	提示：如申请人与被保险人为同一人，以下重复信息可免填写								
	姓名	张囡囡	性别	女	证件类型	☒ 身份证 ☐ 其他		与投保人关系	子女
	联系地址				证件号码	310104200912124810			
	证件有效期限	2015年1月1日 ☐ 长期		国籍			职业		
	联系方式	移动电话			固定电话			电子邮箱	

序号	就诊日期	事故地点/医院	发票原件数（张）	医疗费用（元）	其它
1	2013年1月1日	第一人民医院	1		退发票原件
2	2013年5月13日	中心医院	1		（如需退回请填写）
3	年 月 日				
4	年 月 日				
5	年 月 日				
6	年 月 日				
7	年 月 日				
8	年 月 日				
发票原件数合计：			2	医疗费用合计：	

声明与授权：（申请人请务必认真阅读，以便充分理解本“声明与授权”内容）

- 1、本人声明所提交的全部证明文件材料均属实，本申请书上填写内容真实详尽；
- 2、本人同意并授权新华人寿保险股份有限公司以本人名义向医疗机构、公安部门、其他组织机构、社会团体、企事业单位及个人索取、查询、调阅、摘抄、复印/制所有理赔相关材料，本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力，本人愿承担由此产生的一切法律后果；
- 3、因本人过错导致银行转账不成功、未及时或未全额收取理赔款项的，贵公司不承担责任。

申请人签字：张三

日期：2013.6.25

受理人签字：_____

日期：_____年 月 日