

平安养老保险股份有限公司
PING AN ANNUITY INSURANCE COMPANY OF CHINA, LTD.

团体门诊医疗保险理赔申请书

索赔申请指引:

- 1、请清楚、完整、正确地填写员工或家属资料(家属如为未成年人无身份证号码请填写出生日期)。
- 2、每次门诊需分栏填写,员工与家属同时索赔时请分别填写本申请书。
- 3、索赔时请提供医疗收据原件,医疗费用清单及门诊病历、相应检查报告等理赔申请资料复印件;原始单据如需退还请同时提供复印件,如未提供恕不退还。
- 4、相应理赔申请资料请按诊治日期、诊治顺序依次装订在本申请书后,勿粘贴。
- 5、必须填写索赔收据数量、收据金额的合计数。
- 6、退件后再次申请理赔时请重新提交全部资料。

保险索赔员工或家属资料(请如实填写,标*的为必填项;家属部分为连带被保险人申请理赔时填写):

保单号码		*公司名称		工作地点	
*员工姓名		*性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
*证件号码		证件有效期		职业	
*证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证、士兵证 <input type="checkbox"/> 港澳台回乡证或台胞证 <input type="checkbox"/> 出生证 <input type="checkbox"/> 户口本				
*家属姓名		*与员工关系	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母	*性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
*证件号码		证件有效期		出生日期	年 月 日
*证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证、士兵证 <input type="checkbox"/> 港澳台回乡证或台胞证 <input type="checkbox"/> 出生证 <input type="checkbox"/> 户口本				
*申请赔付金额≥1万元,必需填写身份证明有效期、国籍、职业,并请提供身份证复印件					

为便于中国平安及时与您联系,请您清楚完整的填写此部分信息

固定电话		*手机号码		电子邮件:	@
联系地址	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位地址			省/直辖市	市 区/县
				邮政编码	

费用类别填写参考:1-疾病门诊费用、2-意外门诊费用、3-生育费用、4-体检费用、5-医务室费用、6-其他

*被保险人填写(理赔申请人)							
诊治日期	费用类别	就诊医院	收据数量	分割单数量	病因	收据金额	备注
合计							

其他医疗资料: 医疗费用清单/处方() 病史资料()份 病理/血液/影像报告()份

*保险服务人员签收: _____ *签收日期: _____年____月____日

反保险欺诈提示:

诚信是保险合同基本原则,涉嫌保险欺诈将承担以下责任:

【刑事责任】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。保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件,为他人诈骗提供条件的,以保险诈骗罪的共犯论处。

【行政责任】进行保险诈骗活动,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;保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件,为他人诈骗提供条件的,也会受到相应的行政处罚。

【民事责任】故意或因重大过失未履行如实告知义务,保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。

被保险人及连带被保险人(家属)声明:

本人声明上述填写内容,及本人提供的一切资料均完全属实,如有虚假不实或隐瞒情况,本人愿意承担由此产生一切法律后果。本人同意提供给平安集团(指中国平安保险(集团)股份有限公司及其直接或间接控股的公司)的信息,及本人享受平安集团金融服务产生的信息(包括本单证签署之前提供和产生的),可用于平安集团及因服务必要而委托的第三方为本人提供服务及推荐产品,法律禁止的除外。平安集团及其委托的第三方对上述信息负有保密义务。本条款自本单证签署时生效,具有独立法律效力,不受合同成立与否及效力状态变化的影响。同时本人授权任何医院或其他知情机构或知情人士向平安养老保险股份有限公司提供与本次理赔申请有关的一切资料(包括但不限于病历、司法鉴定材料等)。

*申请人签名: _____

*申请日期: _____年____月____日