

团体简易医疗理赔申请书

出险信息

保单号		投保单位			
被保险人	证件类型	证件号码	电话		
若申请人与被保险人为同一人，申请人信息一栏可不填。					
申请人	证件类型	证件号码	电话		
与被保险人关系	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他_____。				
地址	省	市	区	邮政编码	

索赔信息 疾病医疗 意外医疗

就诊日期	发票（张）	金额（元）	就诊日期	发票（张）	金额（元）
如有其他保障，请在此处列明：				合计：	

银行信息

若理赔申请获得批准，我（们）授权贵公司将理赔金划入以下账户：

开户银行		户名		账号	
------	--	----	--	----	--

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，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。

索赔权利人声明及授权

1. 我（们）保证填写的以上信息全部属实，提供的所有资料合法、真实、有效，如有虚假，愿承担法律责任，我（们）同意贵公司留存申请资料原件；

2. 我（们）授权国联人寿保险股份有限公司因业务需要，可以向相关医生、医院、诊所、保险公司、政府部门、组织、机构、或相关人士核实、索取、调阅、复印与被保险人有关的健康资料、病历资料、个人信息及资产资料，以及其他任何相关的证明文件及材料。本授权之影印件亦有效；

3. 我（们）保证上述银行账户信息属申请人所有且信息正确无误，愿意承担因账号提供错误导致转账不成功的一切后果。

被保险人（或监护人）签名：	申请日期： 年 月 日
受理人签名：	申请日期： 年 月 日

《简易团体理赔申请书（201606版）》填写说明：

1. 请使用黑色或蓝黑色签字笔填写并保证字迹清晰、正确及完整；
2. 每次门诊或同一天不同病因门诊，索赔时请分别按日期顺序逐一填写；
3. 为使您及时、安全地收到款项，我们在此提醒您：
 - 银行卡须为活期借记性质的个人结算账户（贷记卡、定期存折或储蓄卡等不能转账）；
 - 银行卡须为有效账户（睡眠、挂失或销户等状态不能转账）；
 - 银行卡的开户人须为申请人本人，且确保姓名与银行开户名一致；
 - 您在办理理赔申请时，请留下正确的联系方式，若付款失败时，我们能及时联系到您。
4. 若申请时同时涉及意外或疾病等不同责任类型费用，请按不同类型分别申请；
5. 本申请书适用范围：
 - 申请金额在 3000 元以内（含）的团体医疗费用型案件；
 - 申请金额在 3000 元以内（含），且赔付天数不超过 30 日（含）的团体津贴型案件；
 - 申请金额在 5000 元以内（含）的团体基金型案件。