

平安养老保险股份有限公司

PING AN ANNUITY INSURANCE COMPANY OF

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、费用类别填写:1-疾病门诊费用、2-生育费用、3-体检费用、4-医务室费用、5-意外门诊费用、6-其他。
- 4、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;理赔申请填写收据金额时请扣除挂号费、工本费、煎药费等非理赔费用。
- 5、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**。
- 6、必须填写索赔收据数量、收据金额的合计数。
- 7、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(必须如实填写):

保单号码			公司名称			工作部门	
员工姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月		证件号码	
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 <input type="checkbox"/> 驾驶证						
员工编号		固定电话	区号____号码_____分机_____		手机号码		
联系地址	____省/直辖市____市____区/县_____					邮政编码	
家属姓名		家属性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月		证件号码	
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 <input type="checkbox"/> 驾驶证						

如需更改本次理赔金转账账号,请正确填写以下信息:

开户行名称		户名		账号	
-------	--	----	--	----	--

■上述账号仅适用于本次理赔金转账

本人授权平安养老保险股份有限公司将保险赔偿金直接划入上述银行账户,并同意负责因非平安养老保险股份有限公司原因导致转账不成功的后果。

其他个人信息(可选填):

婚姻状况: ☐已婚 ☐未婚 教育水平:_____ 电子邮件:_____@_____ 邮箱

医疗帐单资料:

被保险人填写(理赔申请人)						保险公司填写	
诊治日期	费用类别	收据数量	分割单数量	收据金额	病因	核赔金额	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

理赔受理人员签收:_____ 签收日期:_____年____月____日

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。本人全部个人资料,仅限平安集团[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]及其认为业务必要而委托的第三方为本人提供高质量的客户服务及推荐产品之用。平安集团及必要第三方对本人的个人信息负有保密义务。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

平安养老保险股份有限公司

PING AN ANNUITY INSURANCE COMPANY OF

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、费用类别填写：1-疾病门诊费用、2-生育费用、3-体检费用、4-医务室费用、5-意外门诊费用、6-其他。
- 4、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；理赔申请填写收据金额时请扣除挂号费、工本费、煎药费等非理赔费用。
- 5、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。
- 6、必须填写索赔收据数量、收据金额的合计数。
- 7、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(必须如实填写)：

保单号码			公司名称			工作部门	
员工姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月		证件号码	
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 <input type="checkbox"/> 驾驶证						
员工编号		固定电话	区号_____号码_____分机_____		手机号码		
联系地址	_____省/直辖市_____市_____区/县_____					邮政编码	
家属姓名		家属性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月		证件号码	
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 <input type="checkbox"/> 驾驶证						

如需更改本次理赔金转账账号,请正确填写以下信息：

开户行名称		户名		账号	
-------	--	----	--	----	--

■上述账号仅适用于本次理赔金转账

本人授权平安养老保险股份有限公司将保险赔偿金直接划入上述银行账户,并同意负责因非平安养老保险股份有限公司原因导致转账不成功的后果。

其他个人信息(可选填)：

婚姻状况：☐已婚 ☐未婚 教育水平：_____ 电子邮件：_____ @ _____ 邮箱

医疗帐单资料：

被保险人填写(理赔申请人)						保险公司填写	
诊治日期	费用类别	收据数量	分割单数量	收据金额	病因	核赔金额	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

理赔受理人员签收：_____

签收日期：_____年____月____日

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。本人全部个人资料，仅限平安集团[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]及其认为业务必要而委托的第三方为本人提供高质量的客户服务及推荐产品之用。平安集团及必要第三方对本人的个人信息负有保密义务。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

第二联 由被保险人本人留存