存



单证代码:000000000271

报案号:

# 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

ሖ	赔	ш	主主	七七	귀	1
系	炻	ሞ	ИĦ	18	ד	۱:

- 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 还连同时担保有印件 加土担供如不退还。理应由违慎写收据会领时违切除其是弗二丁未弗二前选弗等非理应弗用

			个呕症; 连州				以、 上半页	Z > RX3	约贝守	11-1主州1	四 川。
			、诊治顺序的	<b>衣次装订</b> 在2	5甲请书后,	勿粘贴。					
			额的合计数。								
7、退件后	再次申请理赔	語时请重新提	交全部资料。								
保险索赔员	五或家属资	資料(必须如	实填写) :								
保单号码			公司名称				工作	部门			
员工姓名		性别	□男 □女	出生年月		证件号码	马				
证件类型	□身份证	□护照 □	军官证、士兵	兵证 □港澳	!台回乡证或 <sup>.</sup>	台胞证 □	□出生证	□戸□	□本	□驾驶	证
员工编号		固定电话	区号号码	玛	分机	手机号码	马				
联系地址	省/	直辖市		区/县			邮政	编码			
家属姓名		家属性别	□男 □女	出生年月		证件号码	马				
证件类型	□身份证	□护照 □	军官证、士兵	長证 □港澳	!台回乡证或·	- 台胞证 □	□出生证	□戸Ⅰ	コ本	□驾驶	证
如需更改 <b>本</b>	次理赔金车	专账账号,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	<b>大理赔金转账</b>									
			将保险赔偿金	全直接划入上	述银行账户,	并同意负	责因非平	安养老	保险的	设份	
	因导致转账不		0								
	息(可选填										
婚姻状况:	□已婚 □	未婚	教育水平:_		_电子邮件:_		@			邮箱	
医疗帐单数	· []										
			人填写(理赔申请人)					保险公司填写			
	费用类别	收据数量	分割单数量	收据金额	病	j因	核赔	金额		备注	
							_				
 合计											
其他医疗资	· P料:										
		)病史資	资料 ( )	份 病理/	血液/影像报	告( )	份				
保险服务人	员签收:					签收日期	月:	_年	_月	_目	
理赔受理人	<b>吕</b>					<b>然</b>	月:	玍	日	Н	
	天並 (K					<u> </u>	71.	-T	/	-∺	-===-
本人声明	上述填写内容	下, 及本人提供	共的一切资料均								
			「国平安保险( な雑芸								
			δ推荐产品之用 产安养老保险股								
法鉴定材料等			2 17. 3 11.13/10				, , , , , , , , , , , , , , , , , ,		.= 1 18		-

申请人签名:	申请日期:	年	月	E
1 197 ( == 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	1 111 111 / 291 :	_ '	_/ -/ -/	



单证代码: 报案号:

第

联

由被保险人本人留

## 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 6 、必须填 <sup>2</sup>	赔申请资料请 写索赔收据数	青 <b>按诊治日期</b> 效量、收据金	不退处; 连则   <b>、诊治顺序(</b> 额的合计数。 交全部资料。	<b>衣次装订</b> 在本		扣除挂号费 <b>勿粘贴</b> 。	、丄卆贺	(、 原)多	<b>外</b> 页宝	F 平
保险索赔员	上或家属資	图料(必须如	实填写) :							
保单号码		(11 (22 /2)(2)	公司名称				工作音	部门		
员工姓名		性别	□男 □女	出生年月		证件号码				
证件类型	□身份证	□护照□□	军官证、士兵	長证 □港澳	台回乡证或	台胞证 🗆	出生证	口户口	]本	□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			邮政组	扁码		
家属姓名		家属性别	□男 □女	出生年月		证件号码				
证件类型	□身份证	□护照 □	军官证、士兵	兵证 □港澳	!台回乡证或·	台胞证 🗆	出生证	□户□	]本	□驾驶证
如需更改 <b>本</b>	次理赔金车	专账账号,请	正确填写以	、下信息:						
开户行名称			户名		账号					
本人授权平 有限公司原 其他个人信	仅适用于本次 安养老保险服 因导致转账7 言息(可选填 □已婚 □	设份有限公司 下成功的后果 ):	将保险赔偿金					安养老	保险	投份 邮箱
医疗帐单答	 F料·									
医疗帐单资		被保险	人填写(理赔	申请人)					公司	
医疗帐单资	受料: 费用类别	被保险	人填写(理赔)分割单数量	申请人)		<b></b>	核赔金		公司	
				申请人)					公司	填写
				申请人)					公司	填写
				申请人)					<b>公司</b>	填写
				申请人)					ὰ公司	填写
诊治日期 合计 其他医疗资	费用类别	收据数量		申请人) 收据金额	病	īВ	核赔金		<b>☆公司</b>	填写
诊治日期 合计 其他医疗资 医疗费用清	费用类别	收据数量 ) 病史資	分割单数量	申请人) 收据金额	病	· · · · · · · · · · · · · ·	核赔金	金额		填写
诊治日期 合计 其他医疗资 医疗费用清	费用类别 资料: 单/处方( 员签收:	) 病史資	分割单数量	申请人) 收据金额  份 病理/	血液/影像报	<ul><li>( )</li><li>( )</li>&lt;</ul>	核赔金	年	月	填写 备注 ———————————————————————————————————
合计 其他医疗资 医疗费用清 保险服务人 理赔受理人	费用类别 资料: 单/处方( 员签收:	) 病史	分割单数量	申请人) 收据金额  份 病理/	血液/影像报	<ul><li>( )</li><li>( )</li>&lt;</ul>	核赔金	年	月	填写 备注 ———————————————————————————————————
合计 其他医疗资 医疗费用清 保险服务人 理赔受理人 被保险人及连 本人全部个 的第三方为本	费用类别 料: 单/处方( 员签收: 员签收: 员签收: 员签收: 员签收: 人资料, 包限 人人提供高质量 人人提供机构或	收据数量 ) 病史 (家属)声明: 「永及本人提供平安集团[指中型的客户服务及	分割单数量	申请人) 收据金额  份 病理/  完全属实,如 集团)股份有	血液/影像报 血液/影像报 有虚假不实或 「限公司及其重 必要第三方本	告 ( ) 签 收 日 期:	核赔金 核赔金	全 新 年 年 由 其 以 密 に が に に に に に に に に に に に に に		填写 备注 日 日 日 一 切法要而要和 別的本人授权