



字节跳动团体保险理赔申请书

温馨提示: 员工、子女、配偶、父母报销请分别填写《理赔申请书》

	~ /-	
m	1 1三 艮	
ツベー	ᆫᅵᄆᄱ	

申请人签名:

姓名:	姓名:				工作城市:				
身份证号码:	证号码:				性别:				
手机号码:			由	邮箱:					
			·						
家属信息(为	为家属申请理赔 时均	[写]							
姓名:				生别 :					
身份证号码:				出生日期:					
申请理赔项目	:								
□门急诊医疗	了 □住院医疗	□生育	□意外医疗	□意外残疾	□重大疾	病 □是否用	一具分割单		
保险理赔资料	ት ፡								
	就诊日期	诊治医院	就诊原因	发票	发票金额 发票金额	住院天数	 <u>备注</u>		
发生医疗费	476 5 11 793	7 HEN	470 12 /A1 E	(张)	22X3E 11X	11/11/13/	H (12		
用请填写此									
栏(费用类型									
指门诊、住									
院、生育、意									
外医疗)									
合计									
	意外事故发生日期: 年 月 日 时				意外事故发生地点:				
	意外事故原因及经过	: (因疾病理赔不	「需填写)						
意外医疗									
事故请填									
写此栏									
十十二十二	at lea dia kah de								
本人承诺、挖	文仪和金名								
未上承港五年	受权: 以上填写内容	マ 75. 七月 / H. 65. 4 年 同立:	比 羽	古分 方為	· 不叫未人!	夏亲承扣扣应害 有	<u>.</u>		
	文仪: 以上填与內名 大永明人寿保险有限								
1 ² 31 ² 3 3又4又ノレノ 	八小り八才承巡有門	(五円円円円円)	ル797甲十八旦	网须行个仍		L水、JK口仰贝伫	r		

(出险人为未成年人,请其监护人签名)

*申请日期

年

月

日