



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》

员工信息

姓名：	工作城市：
身份证号码：	性别：
手机号码：	邮箱：

家属信息（为家属申请理赔时填写）

姓名：	性别：
身份证号码：	出生日期：

申请理赔项目：

<input type="checkbox"/> 门急诊医疗	<input type="checkbox"/> 住院医疗	<input type="checkbox"/> 生育	<input type="checkbox"/> 意外医疗	<input type="checkbox"/> 意外残疾	<input type="checkbox"/> 重大疾病	<input type="checkbox"/> 是否开具分割单
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

保险理赔资料：

发生医疗费用请填写此栏（费用类型指门诊、住院、生育、意外医疗）	就诊日期	诊治医院	就诊原因	发票（张）	发票金额	住院天数	备注
合计							
意外医疗事故请填写此栏	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）						

本人承诺、授权和签名

本人承诺及授权：以上填写内容及提供的理赔材料均合法、真实、有效，否则本人愿意承担相应责任；同时授权光大永明人寿保险有限公司可向任何机构和个人查询获得本次理赔相关的记录、报告和资料

申请人签名：_____（出险人为未成年人，请其监护人签名） *申请日期 年 月 日