

**团险批次理赔申请书**

**以下栏目请申请人填写**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公司名称：**易安信信息技术研发（上海）有限公司** | | | | | | | | | | | | | | | 保险单号 | | | | |  |
| 员工工号 | | **71657** | | | 证件号码 | | | | | **522101198202114017** | | | | | | | | 异地就诊 | | 是□  否√ |
| 员工姓名  是否为费用发生者□ | | | **张翔** | | | 性别 | | **男** | | 出生日期 | | | **1982.2.11** | | | | | 电话 | | **13524075955** |
| 工作部门 | | **CIG** | | | | 工作城市 | | | **上海** | | | | 电邮 | | | **xiang.zhang@emc.com** | | | | |
| 家属姓名  是否为费用发生者√ | | | 杨玉婧 | | | 性别 | | **女** | | | | 出生日期 | **1981.8.27** | | | | 证件号码 | | | **522101198108272027** |
| **若家属医疗费需要到第三方报销，请选择以下两种方式：**  (   ) **开分割单：**自己留存相关资料复印件，中国太平在理赔结束后开具“分割单”；  (   ) **退收据原件**：请同时提供申请理赔单据的复印件。收据原件在理赔结束后将尽快退回。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人填写 | | | | | | | | | | | | | | 保险公司填写 | | | | | | |
| 就诊日期 | 就诊地点 | | | 就诊原因 | | | 收据（张） | | | | 申报金额（元） | | | 审核金额（元） | | | | | 理赔原因 | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |
| 共计：就诊（ ）次；申报金额（ ）元；收据（ ）张 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| **被保险人或附属被保险人（家属）声明与授权：**   1. 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太平养老保险股份有限公司有权拒付保险赔偿金并依法追究法律责任； 2. 本人授权任何单位或个人均可向太平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（包括病历、司法证明材料等），由此产生的一切法律后果由本人承担。   签名： 申请日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**以下栏目由保险公司填写**

|  |
| --- |
| 理赔经办意见：  签名： 年 月 日 |
| 理赔签批意见：  签名： 年 月 日 |

****

**理赔须知**

**一、理赔申请指引**

1、当费用发生者为员工家属时，请同时在申请人栏位填写员工信息；  
2、请清楚、正确、完整地填写本理赔申请书中需填写的内容；

3、每次门诊或同一天因不同病因就诊，索赔时需分栏填写，一次门诊填写一行；

4、请提供医疗费用收据原件、门诊病历及相应的诊疗证明（原始收据若需退还请注明）；

5、就诊病历及相应的医疗费用收据按索赔申请的顺序粘贴于A4纸上，若原始收据若需退还的，则按索赔申请的顺序将相应的内容复印在A4纸上，并将原始收据订附在相应的A4纸后，勿粘贴；

6、被保险人准备完所有的单证后，交给投保单位，由投保单位统一到保险公司进行理赔；

7、被保险人申请门诊急诊医疗保险金时，应按门诊日期顺序提出索赔，并于门诊急诊之日起六十日内提出。

**二、理赔申请资料**

1、团险批次理赔申请书；

2、由就诊医院出具的疾病诊断证明书（病历）、医疗费原始收据及费用清单；

3、有检查、检验项目的需提供检查、检验单复印件；

1. 本公司认为必要的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其它证明和资料。

三、**理赔申请索赔单证要求**

1. 病历上需清晰注明病情、检查、治疗、用药及剂量；
2. 病历上的记录与收据上的收费项目相符；
3. 病历上的诊病日期须与收据上的日期一致（特殊原因请用文字说明）；

4、收据上应有医院收费章，收据上的姓名无误，如有误必须由医院更正后加盖医院章。