

团体医疗保险金给付申请表

(本公司接受此申请表并不代表已承认赔偿责任)

A. 被保险人资料 (为了便于保险公司及时与您取得联系, 请您务必清楚完整的填写此部分信息)

投保人(公司)全称		保险单号码	
员工姓名		手机号码 *	
身份证号码		电子邮件地址*	
工作地址 *		邮政编码	
就诊人姓名	如员工本人就诊无需填写	与员工关系	
就诊人身份证号		子女填写出生日期	年 月 日

注: * 如果提交资料不全, 资料补充清单将通过手机短信或电子邮件发送, 理赔结果也将由该途径通知。因此请务必清楚完整填写, 否则将影响索赔处理时效。

B. 索赔明细 (如果内容较多表格不够填写, 可另附纸)

费用类别填写参考: 1-门急诊 2-住院 3-生育 4-其它 门急诊费用索赔应于治疗结束后进行

序号	就诊日期	费用类别	就诊医院	收据张数	发生金额 (元)
1	年 月 日				
2	年 月 日				
3	年 月 日				
4	年 月 日				
5	年 月 日				
6	年 月 日				
合计	索赔收据数量: 张 索赔总金额: <input type="checkbox"/> 门急诊费用: ¥ <input type="checkbox"/> 住院费用: ¥				

注: 是否需要退回未全额赔付的就诊收据? (已全额赔付的不再退还) 不需要 需要 (请同时提供收据复印件)
请您将所有索赔资料用订书器装订, 请勿粘贴, 谢谢配合!

C. 反保险欺诈提示及被保险人授权与声明

诚信是保险合同基本原则, 涉嫌保险欺诈将承担以下责任:

- 【刑事责任】进行保险诈骗犯罪行为, 可能会受到拘役、有期徒刑, 并处罚金或者没收财产的刑事处罚。保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件, 为他人诈骗提供条件的, 以保险诈骗罪的共犯论处。
- 【行政责任】进行保险诈骗活动, 尚不构成犯罪的, 可能会受到 15 日以下拘留、5000 元以下罚款的行政处罚; 保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件, 为他人诈骗提供条件的, 也会受到相应的行政处罚。
- 【民事责任】故意或因重大过失未履行如实告知义务, 保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。

1. 本索赔申请表签署人(等)谨此声明以上陈述均属事实, 并无虚假及重大遗漏, 且已经阅读并知晓《反保险欺诈提示》。我(等)明白保险合同的各项规定, 不因安达保险有限公司(“贵公司”)接受此索赔申请表或贵公司接受或保留索赔证明而受任何影响。
2. 本被保险人在此授权任何医院、医生、公安机关、保险公司或任何组织或相关人员, 在任何时候均可以将本人的过往病历、医嘱、处方或治疗的相关信息及详细资料提供给安达保险有限公司及其代表。本人愿意承担由此产生的一切法律后果。此授权书的复印件亦具有同等效力。
3. 如果本人的索赔属于承保范围, 本人在此授权安达保险有限公司安排本保险单下的赔款支付至开户名为本人的下列银行帐号, 并知晓赔偿款项一经通过银行成功转账, 则视为本人已收到该笔赔偿款项。

开户银行名称 (总行)		帐号	
开户银行 (分支行名称)			
索赔申请人/被保险人签字:		日期:	

注: * 银行名称填写不完整 (如缺失分行、支行名称), 或帐号填写不清楚准确, 将导致无法转账, 请务必完整清楚填写!