



医疗保险索赔申请表

索赔申请人应正确详细填写此申请表，并将后页所列索赔所需的文件于索赔事由发生 30 天内交回：
视案件情况，保险公司有权要求进一步资料。 每份申请表仅限一位索赔申请人填写。

上海市金海路 1000 号 27 号楼 9 楼 旅行险理赔 邮编：201206

联系电话：021-50156625 工作时间：9:00—17:30

尊敬的客户：

感谢您对安盛天平保险的信任和支持，如您有什么理赔上的问题和建议，请致电服务监督电话：13122127363，我们将帮您解决，并在一个工作日内答复。

投保人资料			
姓名		保险单号码	
通讯地址		邮政编码	电邮地址
联系人	联系电话	传真号码	

被保险人/索赔申请人资料				
姓名	性别	年龄	职业	身份证号码
现住地址		邮政编码	联系电话	电邮地址
索赔申请人如为未成年人，请注明： 监护人姓名： _____ 与索赔申请人关系： _____				

疾病医疗			
疾病发生之日期	时间	上午/下午	疾病发生之确切地点
请详述疾病发生的原因和经过			
治疗结果：	疾病部位	疾病情况	
证人姓名	地址		联系电话
申请理赔类别	<input type="checkbox"/> 疾病身故保险金 <input type="checkbox"/> 残疾保险金 <input type="checkbox"/> 肿瘤保险金 <input type="checkbox"/> 重疾保险金 <input type="checkbox"/> 住院费用 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 门诊费用		

医疗费用信息				
费用信息	<input type="checkbox"/> 门诊发票张数：	<input type="checkbox"/> 门诊发票金额：	<input type="checkbox"/> 住院发票张数：	<input type="checkbox"/> 住院发票金额：
报销信息	1	<input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 城镇居民医保	<input type="checkbox"/> 新农合	已报销金额：
	2	<input type="checkbox"/> 其他方式		已报销金额：

3	<input type="checkbox"/> 未经任何形式报销
---	-----------------------------------

住院索赔 (因意外或疾病而入住医院, 须填写此部分)			
疾病的名称及症状:			
首次就诊前该症状已存在多久?	首次接受治疗日期:	主诊医生:	
首次接受治疗诊所/医院:	住院医院名称:	入院日期:	出院日期:

其他有关的有效保险	
是否向其他保险公司索赔? 如有, 请说明:	
保险公司	保险单号码
索赔项目	索偿/已赔付金额 ¥

索赔项目, 金额及所需索赔资料:		
索赔项目	所需理赔资料	索赔金额
疾病医疗补偿金	1. 出院小结原件; 2. 住院清单; 3. 医院所签发的医疗费发票原件; 4. 医院出具的所有检查报告单原件; 5. 完整的门/急诊病历原件及门/急诊费用清单及门/急诊发票原件(如适用);	
疾病住院津贴	1. 完整的住院病历原件, 或主诊医生的诊断证明; 2. 出院小结及住院清单; 3. 住院医疗正式收据原件; 4. 医院出具的所有检查报告单;	
所有索赔	1. 被保险人签名的身份证件复印件 (若为未成年人, 则需提供投保人签名的身份证件复印件); 2. 保险合同或投保单复印件; 3. 索赔人银行卡复印件; 4. 保险公司所需的其他与索赔相关的证明和资料。	

银行帐户资料
<p>赔款将通过银行转帐支付。任何索赔申请, 均须填写此部分:</p> <p>户名: _____</p> <p>开户银行: _____</p> <p>帐号: _____</p>

声明及授权	
<p>本索赔申请表签署人(等)谨此声明, 就我等所知所信, 以上陈述绝无虚假和隐瞒。我(等)明白保险合同的各项规定, 不因安盛天平财产保险股份有限公司(“贵公司”)代表提供或制备本表或贵公司接受或保留索赔证明, 而受任何影响。</p> <p>本索赔申请表签署人(等)授权任何知悉或拥有本人/被保险人之健康状况及病历或任何治疗或咨询记录、意外事故细节及曾为或将为本人/被保险人之诊治之医生, 医院, 诊所, 公安部门, 保险公司或任何机构、组织或人士, 向贵公司或其代理人透露有关资料, 不得撤回, 即使本人/被保险人死亡或丧失民事行为能力, 此授权书仍然具有法律效力, 而本人/被保险人之继承人及转让人也会受本授权书约束。本授权之复印件与原件同属有效。</p>	
索赔申请人签署: 日期:	监护人签署 (若索赔申请人为未成年人): 日期: