

医疗险理赔申请书

投保单位		保单号码			
出险人姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄	周岁
工作单位		身份证号			
联系电话		联系地址			
申请人与出险人系同一人的，则无须填写本部分					
申请人姓名		身份证号码			
联系电话		联系地址			
申请人身份	<input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 受益人监护人 <input type="checkbox"/> 法定受益人 <input type="checkbox"/> 受益人委托他人（填写授权委托书）				
领取保险金账户信息（若为转账且同投保时所提供的账户信息，无须填写本部分）					
开户行	_____银行_____市分行_____支行		户名		账号
理赔申请事项	<input type="checkbox"/> 门急诊医疗 <input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 生育医疗 <input type="checkbox"/> 手术津贴 <input type="checkbox"/> 药房购药				
仅当申请门急诊医疗或住院医疗时,填写下列医疗信息					
注：相应理赔申请资料请按 诊治日期 、诊治顺序依次装订在本申请书后， 勿粘贴 ；若需要退发票，请注明并提供相应 发票复印件 。					
就诊日期	就诊医院	就诊原因	发票张数	发票总金额	补充说明
			合计 张	合计 元	
申请人声明与授权：					
1. 上述各项填报和本人提供的一切资料，均完全属实，如虚假或隐瞒，本人愿承担相应责任。 2. 本人授权任何知情的单位和个人均可向永安保险公司提供与本理赔申请有关的一切资料。 3. 本人同意贵公司向医疗及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印与本理赔申请相关的资料。 4. 本人同意贵公司将有有关被保险人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。 5. 本人清楚明白贵公司的赔付款项一经通过银行成功转账在本理赔申请表所指定的帐户，将视为本人已收到该笔赔偿款项。					
申请人签名：			日期： 年 月 日		