

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。
服务热线：95550
尊敬的客户：
 您可以关注“安盛天平保险”微信公众号，在线自助申请理赔；请留意微信公众号推送的理赔结案通知，
 并请对本次理赔服务做出评价。
 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：95550，
 我们将帮您解决，并在一个工作日内答复。

被保险人/出险人信息					
保单号码		出险人姓名		性别	
年龄		证件类型		证件号码	
索赔申请人信息					
与被保人关系		申请人姓名		联系电话	
邮箱		联系地址			
出险信息					
出险原因分类	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病			索赔金额	
出险原因	<input type="checkbox"/> 门诊医疗、 <input type="checkbox"/> 住院医疗、 <input type="checkbox"/> 意外医疗、 <input type="checkbox"/> 女性生育、 <input type="checkbox"/> 重大疾病、 <input type="checkbox"/> 身故、 <input type="checkbox"/> 残疾、 <input type="checkbox"/> 其它				
出险日期			门诊/就诊日期		
重疾确诊日			死亡日期		
入院日期			出院日期		
就诊医院					
出险地点					
出险经过					
是否向其它公司索赔？如有，请说明：					
公司名称			保险单号码		
索赔项目			索偿/已赔付金额¥		

理赔转账信息 赔款将通过银行转账支付。任何索赔申请，均须填写此部分

户名		开户银行	
账号		开户分支行	

索赔项目，金额及所需索赔资料

索赔项目	所需索赔资料	索赔金额
住院保险金	1. 完整的出院小结原件及费用清单； 2. 医院/注册医师签发的医药费原始发票原件； 3. 医院签发的所有检查检验报告单； 4. 救护车费用的原始发票原件（如有）； 5. 完整的就诊病历、主诊医生的诊断证明； 6. 投保前 1 年内三次就诊病历及检查报告；	
重大疾病住院保险金		
门诊保险金		
特殊门诊保险金		
门诊手术保险金		
重大疾病住院津贴		1. 完整就诊病历原件、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。	

声明及授权

本索赔申请表签署人（等）谨此声明，就我等所知所信，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。

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受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。

为提供保险服务的需要，本人授权：贵公司可通过知悉本人信息的机构查询与本人有关的全部信息（包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等）；贵公司及其具有必要合作关系的机构均可对上述信息进行合理的使用，为确保信息安全，贵公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。

索赔申请人签署：	监护人签署（若索赔申请人为未成年人）：
日期：	日期：