

众安在线财产保险股份有限公司  
ZhongAn Online P&C Insurance Co., Ltd.  
团体保险医疗理赔申请书

(以下带\*项为必填项)

客户信息

出险者姓名*		被保险人性别*	<input type="checkbox"/> 主被保险人 <input type="checkbox"/> 连带被保险人	联系电话*	
投保单位*		保单号码			
证件类型*	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期*			
证件号码*		电子邮箱*		@	
邮寄地址		邮政编码			

事故信息

索赔类型*	<input type="checkbox"/> 医疗费用 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 生育	发票总张数*		索赔总金额*		
就诊日期 (年/月/日)	费用类型 门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/>	发票 张数	发票 金额	就诊医院	主要症状及诊断	事故经过(如因意外事故出 请填写此栏)
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					

如行数不够可用该格式添加附页填写

申请人信息

申请人与出 险人关系*	<input type="checkbox"/> 本人 (如勾选此项, 无需填写如下申请人信息) <input type="checkbox"/> 法定监护人 (如勾选此项, 需提供监护关系证明及监护人身份证明) <input type="checkbox"/> 委托代理人 (如勾选此项, 需提供由被保险人或其法定监护人签名的授权委托书及代理人 身份证明)	联系电话*	
申请人姓名*		证件有效期*	
证件类型*	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他_____	电子邮箱	@
证件号码*			

理赔转账信息

温馨提示: ★ 若您需要对本次理赔的转账账号进行授权, 请在下方的表格中填写具体的账号信息; 银行账户仅限出险人/受益人或法定监护人账户; 您填写了如下账户信息即视为您授权众安在线财产保险股份有限公司将理赔款划入您填写的银行账户, 并同意负责承担因非保险公司原因所导致的后果。  
★ 为保证理赔款资金安全, 若您无此需求, 请用斜划线在下面表格空白处表示, 感谢您的配合。

户名*		银行名称*	
账号*		开户分支行*	

声明

1. 本人保证理赔申请书上所填写的内容真实详尽; 且已阅读并知晓《保险反欺诈提示》; 如有虚假不实或隐瞒情况, 众安在线财产保险股份有限公司有权拒付保险理赔金并依法追究法律责任;  
2. 本人授权任何单位或个人向众安在线财产保险股份有限公司提供与理赔申请相关的资料(包括病史资料、司法证明材料等), 本人愿意承担由此产生的一切法律责任。

申请人签名\*: \_\_\_\_\_ 申请日期\*: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

反保险欺诈提示

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】进行保险诈骗犯罪活动, 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。