

团体医疗费用理赔申请书

填写须知：本申请书请务必由享有保险金申请权的申请人亲笔填写并签名确认。

出险人 信息	保险合同号（若涉及多份保险合同则均需填写）或客户号：					
	姓名：	性别：	年龄：	职业：	国籍：	
	联系电话：	联系地址：			邮政编码：	
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____		证件号码：			
	证件有效期至： 年 月 日		出险人类型	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 连带被保险人_____		
申请人 信息	申请人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人 <input type="checkbox"/> 其他： 如与出险人为同一人，以下申请人信息可不填。				
	姓名：	性别：	年龄：	职业：	国籍：	
	联系电话：	联系地址：			邮政编码：	
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____		证件号码：			
	证件有效期至： 年 月 日		与出险人关系	<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它：		
	如出险人为双职工子女，需同时填写父母另一方信息				单位名称：	
	姓名：	性别：	身份证号：			
委托付款 转账授权 书	若选择转账领取方式，则必须填写以下《委托付款转账授权书》。					
	兹由本申请人授权委托阳光人寿保险股份有限公司将本次理赔保险金或其他费用转入下列指定的银行账户内，若因账户、账号提供错误导致的一切转账问题均与阳光人寿保险股份有限公司无关，并由本人承担一切责任。特此委托！					
	账户名：	账号：	开户行（详细到支行）：			
意外出险 情况描述	事故情况描述（包括时间、地点、人物、事件起因、经过及结果等）					
就诊 信息	出险原因： <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/> 就诊日期					
	治疗情况：门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/> 综合 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 豁免 <input type="checkbox"/> 其它_____					
	就诊日期	就诊原因	费用类型	收据数量	收据金额	
		意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>	门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>			
		意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>	门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>			
		意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>	门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>			
		意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>	门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>			
		意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>	门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>			
		意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>	门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>			
	合计					
<p>声明及授权：1. 兹声明本人之陈述、回答、提交的所有相关材料内容均真实、合法。2. 本人（包括被保险人）授权阳光人寿及其代表向任何医院、医生、公安局、派出所、保险公司、工作单位等相关机构及人士，了解任何关于出险人的住院病历、抢救经过、健康状况、既往病史、检查报告、医嘱、诊疗情况、保险事故发生经过、相关的笔录、报告或其他相关资料。3. 如有虚假陈述，本人愿意承担因此而引起的所有法律责任。4. 本授权若不被有关机构认可，本人愿意再次提供符合要求的授权书。</p> <p>申请人签名：_____ 日期：_____</p> <p>受理备注：经办人：_____ 日期：_____</p> <p>保单服务人员：_____ 业务号：_____ 联系电话：_____</p>						