



泰康养老  
Taikang Pension

## 团体医疗批量理赔申请书及交接凭证

业务员姓名:

联系电话:

第 页, 共 页

投保人		联系地址及电话			经办人		联系电话								
保单号码		申请类型			<input type="checkbox"/> 疾病门诊 <input type="checkbox"/> 疾病住院 <input type="checkbox"/> 意外伤害门诊 <input type="checkbox"/> 意外伤害住院 <input type="checkbox"/> 其他										
序号	被保险人	连带被保险人	身份证号	开户行	银行账号	发票张数	发票金额	联系电话	保险金超1万元人民币需填写					(连带)被保险人签字	
									证件有效期	性别	职业	国籍	联系地址		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
保险欺诈风险提示		诚信是保险合同的基本原则, 若违反诚信原则涉嫌保险欺诈, 依据《中华人民共和国刑法》和《中华人民共和国保险法》中相关规定, 情节严重的可能会受到拘役、有期徒刑, 并处罚金或者没收财产的刑事处罚; 情节一般的可能会受到15日以下拘留、5000元以下罚款的行政处罚; 情节较轻的保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任, 并有权解除保险合同。													
声明与授权		1、本人声明以上陈述均为事实, 并无虚假及重大遗漏, 与投保人、被保险人、受益人关系属实。 2、本人授权泰康养老保险股份有限公司及其授权的合作机构可以从任何医疗机构、保险公司、社保、其他机构或者一切熟悉被保险人及保险事故责任之人士, 查询、获取被保险人保险事故责任之资料, 并向泰康集团保险股份有限公司如实提供。本授权之影印件亦属有效。 3、理赔委托授权声明: 本人授权_____先生/女士(证件类型_____, 证件号_____, 证件有效期至__年__月__日, 联系方式_____, 与委托人关系_____)携带本人有效身份证明代为办理_____号保险单项下除领取理赔金之外的其他理赔事宜, 委托有效期为____日。 4、根据保险监管部门规定, 以现金方式给付的保险金不得由保险代理机构、保险业务人员代领, 上述事宜本人已知晓。 5、本申请书及交接清单一式二联, 第一联交件人留存, 第二联保险公司留存。 投保单位签章:													
交件人		签收人			签收日期										

第一联 客户留存



## 团体医疗批量理赔申请书及交接凭证

业务员姓名:

联系电话:

第 页, 共 页

投保人		联系地址及电话			经办人		联系电话							
保单号码		申请类型			<input type="checkbox"/> 疾病门诊 <input type="checkbox"/> 疾病住院 <input type="checkbox"/> 意外伤害门诊 <input type="checkbox"/> 意外伤害住院 <input type="checkbox"/> 其他									
序号	被保险人	连带被保险人	身份证号	开户行	银行账号	发票张数	发票金额	联系电话	保险金超1万元人民币需填写					(连带)被保险人签字
									证件有效期	性别	职业	国籍	联系地址	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
保险欺诈风险提示		诚信是保险合同的基本原则，若违反诚信原则涉嫌保险欺诈，依据《中华人民共和国刑法》和《中华人民共和国保险法》中相关规定，情节严重的可能会受到拘役、有期徒刑，并处罚金或者没收财产的刑事处罚；情节一般的可能会受到15日以下拘留、5000元以下罚款的行政处罚；情节较轻的保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任，并有权解除保险合同。												
声明与授权		1、本人声明以上陈述均为事实，并无虚假及重大遗漏，与投保人、被保险人、受益人关系属实。 2、本人授权泰康养老保险股份有限公司及其授权的合作机构可以从任何医疗机构、保险公司、社保、其他机构或者一切熟悉被保险人及保险事故责任之人士，查询、获取被保险人保险事故责任之资料，并向泰康集团保险股份有限公司如实提供。本授权之影印件亦属有效。 3、理赔委托授权声明：本人授权_____先生/女士（证件类型_____，证件号_____，证件有效期至__年__月__日，联系方式_____，与委托人关系_____）携带本人有效身份证明代为办理_____号保险单项下除领取理赔金之外的其他理赔事宜，委托有效期为____日。 4、根据保险监管部门规定，以现金方式给付的保险金不得由保险代理机构、保险业务人员代领，上述事宜本人已知晓。 5、本申请书及交接清单一式二联，第一联交件人留存，第二联保险公司留存。 投保单位签章：												
交件人		签收人			签收日期									

第二联 保险公司留存



泰康养老  
Taikang Pension

## 理 赔 须 知

尊敬的客户：

您好！

感谢您对我公司的支持。为了充分保证您的权益，提高理赔时效，请您在申请理赔时，按以下说明进行办理：

- 1、当被保险人发生合同约定的保险事故时，请您于十日内通知我公司，我们将为您提供理赔指引服务。
- 2、请被保险人按照保险合同约定，在指定的定点医院接受检查治疗，并使用当地社保医疗范围内的检查治疗项目或药品。
- 3、在检查治疗及事故处理过程中，请您及时收集和妥善保存好保险合同中约定的理赔申请所需证明文件和资料；当治疗结束或事故处理完毕后，请您填写好理赔申请书并签名，与理赔申请所需资料一并提交。
- 4、理赔过程中，如有疑问，请拨打咨询电话 4006695522 我们将为您提供详细解答。

附：申请理赔应备文件：

申请项目	应备文件	
疾病住院医疗	1、2、3、4、5、8	1、理赔申请书 2、保险单 3、申请人有效身份证件 4、诊断证明/出院小结/住院病历
疾病门诊医疗	1、2、3、6、8	5、住院费用原始发票及费用明细清单（津贴给付型医疗险无需此项）
意外伤害住院医疗	1、2、3、4、5、7、8	6、门/急诊病历/手册、门诊发票及费用清单或处方 7、意外事故证明（若是交通事故须提供交通管理部门出具的交通事故责任认定书；若是工伤事故须提供相关单位的工伤证明等）
意外伤害门诊医疗	1、2、3、6、7、8	
特需医疗金	1、3、5、6、8、9	8、受益人（监护人）银行账户复印件 9、公共账户使用授权书

注：投保人应当将本理赔须知告知被保险人。

第一联 客户留存(背面)