



批次理赔个人索赔清单



保险合同号：

公司/部门：	电话：	
被保险人姓名：		
编号：	证件类型：	证件号：
连带被保险人姓名：		
编号：	证件类型：	证件号：

索赔申请指引：

1. 清楚、完整、正确填写被保险人或连带被保险人的姓名和个人编号；
2. 每次门诊（住院）或同一天因不同病因就诊，索赔时需分栏填写；被保险人与连带被保险人同时索赔时需分别分栏填写；
3. 费用类别填写：1-门诊；2-住院；3-生育；4-其他
4. 索赔时需提供医疗费用收据原件、门诊病历、各项检查报告、住院小结等原件或印件；（原始单据如须退还请注明）
5. 就诊病历与相应医疗费用收据钉附在索赔清单后，勿粘贴；
6. 被保险人或连带被保险人身故，应由受益人办理理赔申请。

被保险人及连带人姓名	就诊日期	费用类别	收据张数	医疗费金额
合计	-----	-----		

被保险人及连带被保险人声明及授权：

1. 本人授权\_\_\_\_\_（投保单位）向贵公司办理索赔手续并代为领取保险金。
2. 上述各项填报，及本人提供的一切资料均完全属实，如有虚假不实、或隐瞒情况，贵公司有权拒赔保险赔偿金并依法追究法律责任。
3. 本人授权任何医院及其他知情机构或知情人士向贵公司提供有关本人此次意外或疾病的一切资料及健康状况、病历和诊疗资料。
4. 此授权书的影印本具有同等效力。

被保险人签名：\_\_\_\_\_

连带被保险人签名\_\_\_\_\_

申请日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日