个 人 索 赔 申 请 表（Adobe）

第一联　交 中 意 人 寿

注：请按就诊人姓名分别填写此表并分别递交资料

第一部分：　基本资料　（为了便于中意人寿及时与您取得联系，请您清楚完整的填写此部分）

员工姓名（必填）：_____　　员工工号（必填）：_____

身份证号码（必须填写）：

工作地址（必填，请填写详细地址，包括城市、街道、办公楼名称及楼层等，以便邮寄理赔通知及退件）：

邮政编码：

办公电话（必须填写）：_____　手机号码（建议填写）：_____　E-mail（建议填写）:_____

第二部分：　就诊人基本资料　（如果就诊人为员工本人，无需填写此栏）

就诊人姓名：_____与员工之关系（请勾选）：　□配偶　□子女　□双职工子女：_____（另一方员工号）

身份证号码：（子女填写出生年月日）

第三部分：　索赔项目 / 金额

费用类别填写参考：　1 - 门急诊　2 - 住院　3 - 生育　4 - 其他　5 - 年度体检费

诊治日期	费用类别	就诊医院	就诊原因	收据数量	发生金额（元）

合计：　索赔收据数量：　张　　索赔总金额：　□ 门急诊费用：　¥　　□ 住院费用：　¥

若为交通意外，有否交通事故责任认定书？　□有（请提供）　□没有　交通意外发生的时间：

若为他人伤害，有否公安部门报警证明？　□有（请提供）　□没有

是否需要中意人寿提供分割单　□需要　□不需要

若票据已通过其它途径报销部分费用，请提供对方出具的分割单原件和所有报销单据复印件

注：　请您将所有索赔资料用订书器装订，谢谢配合。

声　明　及　授　权

1. 本人经过仔细审阅后确认上述所填内容及与之有关的资料均为本人亲自提供。
2. 上述各项内容及与之有关的资料均为完整并确实无误，本人并无隐瞒或遗漏。
3. 本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司、公安机关、任何公立或私立的组织单位，在任何时候均可以将有关被保险人的资料、报告或文件交给中意人寿及其代表，此授权书的副本与正本具有同样效力。
4. 本人同意中意人寿将有关被保险人的资料用于保险、再保险、数据处理及统计事宜。

签名前请您再次核对所填资料是否正确无误。　员工签名：　　日期：　　年　　月　　日

第二联　　请 您 撕 下 自 行 留 存

员工姓名：　　索赔收据（发票）数量：　共 _____张

索赔时间：　20_____年_____月_____日　　索赔总金额：　共 _____元