

Version Number: 20081009

### 住院补贴索赔申请表

保单号码: \_\_\_\_\_

保险计划: A+ A B C

保单有效期至: YYYY/MM/DD

#### 被保险人和索赔人资料

被保险人姓名: \_\_\_\_\_ 身份证或护照号码: \_\_\_\_\_

通讯地址: \_\_\_\_\_

日间联络电话: \_\_\_\_\_ 传真: \_\_\_\_\_

索赔人姓名: \_\_\_\_\_ 身份证号码: \_\_\_\_\_

索赔人与被保险人关系: \_\_\_\_\_

#### 索赔详情

##### A. 出险原因: 请在格内打钩并提供详情

意外: \_\_\_\_\_

生病: \_\_\_\_\_

##### B. 住院信息:

◆ 住院期间: 从 YYYY/MM/DD 到 YYYY/MM/DD 共  天

◆ 医院名称: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_

医院电话: \_\_\_\_\_ 医院所在国家及地区: \_\_\_\_\_

◆ 有无入住ICU? : 是 否

入住ICU期间: 从 YYYY/MM/DD 到 YYYY/MM/DD 共  天

◆ 本次住院诊断: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

◆ 本次索赔金额: 人民币 \_\_\_\_\_

##### C. 本次可提供的索赔证明文件:

住院病历

病理报告

出院小结

门诊病历

意外受伤证明

相关化验及检查报告

其他材料

D. 您是否向本公司索赔过? 是 否

如果是, 请列明索赔细节:

E. 是否在其它公司投保? 是 否

如果是, 请列明保险公司名称和索赔细节:

---

## 声明

本人谨此声明，根据本人所知，本索赔申请表上填报的资料均属事实。本人并同意，任何蓄意欺骗或隐瞒将构成法律责任并导致本保单失效。

本人特此授权任何曾医治过本人的医院、诊所、保险公司或者其它个人或组织向太阳联合保险（中国）有限公司披露任何和所有有关本人疾病或伤害的信息并且提供所有医疗资料/单证，包括既往病史。此授权书的复印件应和原件具有相同的效力。

---

索赔人签名（18周岁以上）/日期

---

被保险人签名（18周岁以上）/日期

### 敬请您留意：

1. 当提交您的索赔时，请和此申请表一起附上所有医疗票据原件和任何支持文件，如住院病历、门诊病历、出院小结、相关化验及检查报告、病理报告及意外受伤证明等。
2. 请确保填写完整此申请表以便不耽误您的索赔处理。
3. 出具本申请表并不代表保险人承认责任。