



美国友邦保险有限公司
江苏分公司
江苏省南京市山西路1号
银河大厦22、23楼
电话 : (8625) 8326 0088
传真 : (8625) 8312 1185
AIA.COM.CN

友邦团体保险门诊保险金给付申请表

收件盖章

保险合同编号		投保人名称	
被保险人姓名		被保险人编号	

若个人银行账户需更新，请完整填写以下信息并提供存折复印件：

个人账户 开户行全称	_____银行_____分行 _____支行/分理处	个人账户账号	
---------------	-------------------------------	--------	--

保险金给付申请填写：(币值单位：人民币元)

序号	就诊时间	就诊医院	发票金额	单据张数	疾病名称
1	年 月 日				
2	年 月 日				
3	年 月 日				
4	年 月 日				
5	年 月 日				

注意事项：

1. 医疗保险金给付申请应于保险事故发生三十日内递交；申请人须将此申请表连同收据、病历证明等邮寄至本公司处理。
2. 一切保险金给付款项将根据有关保险合同的规定计算。
3. 若此申请表未完成填写或未提供足够申请资料，本次申请之审核将被延误。

被保险人声明及授权：

1. 本被保险人授权本人接受过治疗或住院或具有本人健康情况记录的任何内外科医生、医院、诊所、公安、保险公司或任何组织，均可以将该意外事故之细节、本人健康情况、过往的病历、医嘱，以及任何住院、治疗、病历详细资料提供给贵公司。本人愿意承担由此产生的一切法律后果。此授权书的复印件与正本具同样效力。
2. 本人授权贵公司将给付保险金支付于上述授权账户内，并知晓一经通过银行成功转账，则视为本人已收到该笔给付保险金。



申请人/被保险人签名		日期	
保险公司内部使用			
序号	审核编号	给付金额(人民币元)	备注
1			
2			
3			
			操作人员：
			审核人员：