



太平人寿官方微博号：
太平人寿官方微博



太平人寿官方微信号：
TPRS95589

理赔申请表

基本信息栏：(请务必认真填写所有内容，以便准确做出赔付)

第 次索赔

保险合同号：	事故者姓名：	事故者身份 证号码：												
申 请 人	姓名：	身份证号：												
	申请人类型： <input type="checkbox"/> 1 投保人 <input type="checkbox"/> 2 被保险人 <input type="checkbox"/> 3 身故保险金受益人 <input type="checkbox"/> 4 法定继承人 <input type="checkbox"/> 5 监护人 <input type="checkbox"/> 9 其他													
	通讯地址：	电话：	邮编：											

事故信息栏：(请务必认真填写所有内容，以便准确做出赔付)

事故发生时间：	事故发生地点：	治疗医院：		
事故发生原因和经过：				
申请 理赔 类别	<input type="checkbox"/> 10 豁免保费	<input type="checkbox"/> 11 身故保险金	<input type="checkbox"/> 12 残疾保险金	<input type="checkbox"/> 13 重疾保险金
	<input type="checkbox"/> 14 烧烫伤残疾保险金	<input type="checkbox"/> 15 住院费用/住院津贴保险金	<input type="checkbox"/> 16 重症监护津贴保险金	<input type="checkbox"/> 17 特殊疾病保险金
	<input type="checkbox"/> 18 手术费用保险金	<input type="checkbox"/> 19 门诊费用保险金	<input type="checkbox"/> 20 终末期疾病	

医疗费用信息栏：(如申请理赔类别中选择 15 或 19 项，请务必认真填写所有内容，以便准确做出赔付)

费用信息	门诊发票张数：	门诊发票金额：	住院发票张数：	住院发票金额：
报 销 信 息	1	<input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 新农合	已报销金额：	
	2	<input type="checkbox"/> 其他方式_____	已报销金额：	
	3	<input type="checkbox"/> 未经任何形式报销		

领款信息栏：(请务必认真填写所有内容，以便准确做出赔付)

支 付 方 式	<input type="checkbox"/> 1 现金 <input type="checkbox"/> 2 转账 若√“转账”方式，则必须填写以下《付款转账授权书》														
	付款 转 账 授 权 书	账户所有人姓名：	账户所有人身份证号码：												
		账户所属银行名称：	银行账号：												
	<p>申请人声明：</p> <p>1、签署本授权书时，将同时提供账户所有人身份证复印件及银行结算账户存折首页(含账号及账户所有人姓名)复印件；</p> <p>2、保证提交的所有相关资料内容均真实可信。太平人寿保险有限公司只负责根据授权人提供的账户进行转账业务，授权人与该账户所有人之间的任何经济纠纷和法律纠纷均与太平人寿保险有限公司无关，太平人寿保险有限公司概不负责。</p>														

委托办理授权书

委托信息栏：(如需委托他人代办，请务必认真填写以下委托信息，以便准确做出赔付)

委 托 信 息	本人系贵公司_____保险合同项下的理赔申请人。			
	兹委托_____ (证件类型_____有效证件号_____ 联系电话_____)至太平人寿保 险有限公司办理相关理赔事宜，具体代理权限：			
	<input type="checkbox"/> 申请理赔并递交理赔申请材料		<input type="checkbox"/> 撤销理赔申请并领取理赔申请资料退件	
	<input type="checkbox"/> 签订给付协议		<input type="checkbox"/> 填写《付款转账授权书》	
	<input type="checkbox"/> 其他理赔事宜(请列举_____)。			

特别说明：本公司将在收到您的理赔申请材料经核对无误并出具理赔受理回执后，启动正式理赔程序。

申请人签名：_____ 日期：_____ 受托人签名：_____ 日期：_____

理赔申请表

反保险欺诈提示

请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为：1.故意虚构保险标的；2.对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失程度；3.编造未曾发生的保险事故；4.故意造成财产损失的保险事故；5.故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。

进行保险诈骗犯罪活动，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；尚不构成犯罪的，可能会受到15日以下拘留、5000元以下罚款的行政处罚；保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。保险事故的鉴定人、证明人、财产评估人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，将会受到相应的刑事或行政处罚。

申请人声明及授权

1. 本人已阅读并知晓《反保险欺诈提示》，并承诺申请人之陈述、回答及提交的所有相关材料内容均真实可信。
2. 本人授权任何医院、诊所、医生、医疗保险机构、农村合作医疗机构、公安局、派出所、保险公司或相关机构及人士，凡知道或拥有任何有关事故者的健康情况、既往病史、医嘱、诊疗情况、病历、意外细节、相关笔录报告或其它相关资料，均可提供给太平人寿保险有限公司及其代表。
3. 兹声明申请人是该保险合同的保险金受益人、被保险人的法定继承人或法律规定享有保险金请求权的自然人。
4. 本人同意提供给中国太平（指中国太平保险集团有限责任公司及其直接或间接控股的公司）的个人资料（包括本单证签署之前提供的以及本人接受中国太平各项服务时产生的信息），可用于中国太平及因服务必要而委托的第三方为本人提供服务及推荐产品，接收信息的主体对上述信息负有保密义务，本条款自本单证签署时生效，具有独立的法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。

申请人签名：_____

日期：_____