

太平人寿保险有限公司
TAIPING LIFE INSURANCE CO., LTD.**理 赔 申 请 表**

理赔案件号:

申请人声明及授权:

1. 兹声明申请人之陈述、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、公安机关、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、相关笔录报告或其他相关资料，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。

基本信息栏: (请务必认真填写所有内容, 以便准确作出赔付)

第 次索赔

保险合同号:	事故者姓名:	代理人工号:	电话:
申 请 人	姓名: 身份证号:		
	申请人类型: ☐ 1投保人 ☐ 2被保险人 ☐ 3身故保险金受益人 ☐ 4法定继承人 ☐ 5监护人 ☐ 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, 以便准确作出赔付)

事故发生时间:	事故发生地点:	治疗地点:		
事故发生原因和经过:				
申请	☐ 10豁免保费	☐ 11身故保险金	☐ 12残疾保险金	☐ 13重疾保险金
理赔	☐ 14烧烫伤残疾保险金	☐ 15住院费用/住院津贴保险金	☐ 16重症监护津贴保险金	☐ 17特殊疾病保险金
类别	☐ 18手术费用保险金	☐ 19门诊费用保险金	☐ 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, 以便准确作出赔付)

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	☐ 城镇职工医保 ☐ 城镇居民医保 ☐ 新农村合作医疗	已报销金额:	
	2	☐ 其他方式	已报销金额:	
	3	☐ 未经任何形式报销		

领款信息栏: (请务必认真填写所有内容, 以便准确作出赔付)

	☐ 1现金 ☐ 2转账 若√“转账”方式, 则必须填写以下《付款转账授权书》
支 付 方 式	付款人姓名: 账户所有人姓名: 账户所有人身份证号码:
	银行名称: 银行账号:
	申请人声明:
	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; 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。

委托信息栏: (请务必认真填写所有内容, 以便准确作出赔付)

委 托 信 息	☐ 否 ☐ 是 若√“是”, 则必须填写以下《委托办理授权书》
	本人系贵公司_____保险合同项下的理赔申请人。
	兹委托_____ (有效证件号: _____) 至太平人寿保险有限公司办理相关
	理赔及其他保险事宜, 具体代理权限: ☐ 申请理赔 ☐ 撤销理赔申请 ☐ 递交理赔申请资料 ☐ 领取理赔申请资料退件 ☐ 提出补偿申请 ☐ 签订给付协议 ☐ 领取给付款项 ☐ 其它理赔事宜(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: _____