

团体保险理赔申请书

保险合同号：_____

投保单位：_____

注：若本次理赔金额小于10000元，带“▲”部分可不填写。

被保险人基本信息

姓名		性别		▲国籍		▲职业	
证件类型		证件号码					
▲证件有效期		年	月	日至	年	月	日
联系电话		邮箱				邮编	
联系地址							

申请人基本信息（申请人为被保险人本人的，本栏则无需填写）

姓名		性别		▲国籍		▲职业	
与被保险人关系	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他（请说明）_____						
证件类型		证件号码					
▲证件有效期		年	月	日至	年	月	日
联系电话		邮箱				邮编	
联系地址							

注：申请人须为保险金受益人或其监护人；身故保险金受益人为多人时，受益人需填写“多受益人授权委托书”。

理赔事项信息

申请给付事项（可复选）		退回原件	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 伤残		出险类型	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其他	
<input type="checkbox"/> 门急诊医疗 <input type="checkbox"/> 住院医疗 <input type="checkbox"/> 住院补贴		发票张数	发票总金额	元
<input type="checkbox"/> 其他（请说明）：_____				
编号	就诊/事故日期	就诊医院	就诊疾病/事故经过	
是否在其他保险公司参保		<input type="checkbox"/> 是（参保地/公司名称_____） <input type="checkbox"/> 否		
若本次事故已获得赔付，请告知赔付方信息并提供对应获赔凭证		<input type="checkbox"/> 社保/农合 <input type="checkbox"/> 单位、肇事方或其他第三方 <input type="checkbox"/> 其他保险公司（参保地/公司名称_____）		

保险金转账授权与声明（请务必完整填写以下所有信息内容）

本人授权贵司可将相关理赔款项直接转入本人填写的如下银行账户中（只能勾选一项）：							
<input type="checkbox"/> 个人银行账户	与被保险人关系 <input type="checkbox"/> 本人； <input type="checkbox"/> 受益人； <input type="checkbox"/> 监护人；						
<input type="checkbox"/> 单位银行账户	勾选本项，即本人授权同意太平洋健康保险股份有限公司将本次理赔款转入投保单位的银行账户。勾选本项需提供《保险金对公转账授权书》。						
开户银行	详细信息			_____分行		_____支行	
账户名	身份证件号码						
银行账号							

授权人声明：本人保证上述银行账户资料的真实、准确、有效。凡由本人提供的账户信息有误而导致的转账纠纷、由本授权引发的任何法律或经济纠纷，均由本人承担，与贵司无关。

反保险欺诈提示

诚信是保险合同基本原则，根据相关法律规定，保险欺诈将承担以下责任：

【刑事责任】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。保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，以保险诈骗罪的共犯论处。

【行政责任】进行保险诈骗活动，尚不构成犯罪的，可能会受到 15 日以下拘留、5 千元以下罚款的行政处罚。保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，也会受到相应的行政处罚。

【民事责任】故意或因重大过失未履行如实告知义务，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。

授权与声明

- 1、本人声明以上陈述与回答全部属实，如有虚假，本人愿意承担法律责任。
- 2、本人授权任何医疗机构、社保或农保机构、保险公司、公安机关、疾病防治中心等有关机构以及一切熟悉被保险人身体健康状况、相关事故的人士，均可将有关被保险人资料向中国太保【指中国太平洋保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的子公司（以中国太保官网信息披露为准）】或通过中国保险行业协会、中国保险信息技术管理有限责任公司、保险交易所及其合作伙伴等中国太保所委托的合作机构如实提供。本人愿意承担由此产生的一切法律后果。
- 3、本人同意贵司向中国保险信息技术管理有限责任公司报送本人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国保险信息技术管理有限责任公司及知悉本人信息的其他机构查询与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。
- 4、本人同意中国太保、中国保险信息技术管理有限责任公司收集处理被保险人/申请人/领款人姓名、性别、证件类型、证件号码、联系电话、地址、国籍/职业/证件有效期、理赔事项信息、金融账户、就诊信息、病例、发票信息，用于准确识别本人投保信息和申请理赔的需要，但均应严格履行保密义务。
- 5、在领取保险款项后，如有其他身故保险金受益人、法定继承人或法律规定享有保险金请求权的主体，就保险金与贵司发生争议或纠纷的，一切法律责任及费用由本人承担，与贵司无关。

申请人签名（正楷）：

申请日期：

授权委托书（申请人委托他人代为办理理赔事宜时需填写）

本人现委托_____先生/女士前往太平洋健康保险股份有限公司代为办理理赔事宜。

受托人 信息	姓名		性别		▲国籍		▲职业		
	证件类型		证件号码						
	▲证件有效期	年	月	日至	年	月	日	联系电话	
	联系地址							邮编	
	与申请人关系：	<input type="checkbox"/> 业务员 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他（请写明与申请人关系）____							

具体代理权限

- 递交理赔申请资料 领取理赔申请资料退件；
- 领取理赔款（请说明授权委托原因）

开户银行		详细信息		分行		支行	
银行账号							

委托人声明：在办理以上理赔事务过程中，本人授权受托人所作的相应文书及签字皆代表本人的真意思表示，如因本授权不实等原因引起的与本授权书有关的法律后果由本人承担全部责任。本授权的有效期限到受托人办理完毕以上事务时止。

委托人签名（正楷）：	日期：	受托人签名（正楷）：	日期：
------------	-----	------------	-----