

委托管理服务支付申请书

委托合同号： _____

委托人： _____

被保障人基本信息

姓名		性别		国籍		职业	
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他	证件号码					
证件有效期	年 月 日 至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期有效						
联系电话		邮箱				邮编	
联系地址							

申请人基本信息（申请人为被保障人本人的，本栏则无需填写）

姓名		性别		国籍		职业	
与被保障人关系	<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	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他	证件号码					
证件有效期	年 月 日 至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期有效						
联系电话		邮箱				邮编	
联系地址							

注：申请人须为被保障人本人或其监护人。

申请给付事项（可复选）

<input type="checkbox"/> 门急诊医疗	<input type="checkbox"/> 住院医疗	<input type="checkbox"/> 定额补助	<input type="checkbox"/> 住院津贴
<input type="checkbox"/> 药房购药	<input type="checkbox"/> 牙科医疗	<input type="checkbox"/> 孕产医疗	<input type="checkbox"/> 其他： _____

支付金转账授权与声明（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支付金直接转入本人填写的如下银行账户中：

开户银行		分行/支行	
账户名		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。

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障人身体健康状况、相关事故的人士，均可将有关被保障人资料向中国太保【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委托管理合同和支付信息，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信息。

4、本人同意中国太保及其合作的第三方理赔服务商、中国保险信息技术管理有限责任公司收集、存储、相互传输、委托处理本次理赔提交的被保障人/申请人/领款人的理赔信息与理赔资料，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、在领取支付款项后，如有其他受益人、法定继承人或法律规定享有支付金请求权的主体，就支付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（委托他人代为办理理赔事宜时需填写）

委托人信息

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	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件号码					
证件有效期	_____年 月 日 至 _____年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期有效						
与委托人关系	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
联系电话		邮箱		邮编			
联系地址							

授权信息

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

其他事项_____

委托人声明：

在办理以上理赔事务过程中，本人所指定受托人所作的相应文书及签字皆代表本人的真实意思表示，如因本授权不实等 原因引致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）：	受托人签名（正楷）：
日期：	日期：