

# 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、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，以免发生不获理赔的情况)

第 次索赔

保险合同号：	被保险人姓名：	代理人工号：	电话：
申请人姓名：	与被保险人关系：	电话：	
通讯地址：		邮编：	
申请类别	医疗津贴费 金额：	医疗费用保险金 金额：	高诊无忧健康保险金 金额：
	残疾保险金 金额：	重大疾病保险金 金额：	豁免保费 金额：
	身故保险金 金额：	手术费用保险金 金额：	
支 付 方 式	现金 转账 若勾选“转账”方式，则必须填写以下《委托金融储蓄机构付款转帐授权书》		
	兹由本申请人授权同意太平人寿保险有限公司将本次理赔保险金或其他费用转入下列指定的银行帐户中： 帐户所有人姓名： 帐户所有人身份证号码： 帐户所属银行名称： 帐号： <b>申请人声明：</b> 1、签署本授权书时，将同时提供帐户所有人身份证复印件及银行活期储蓄存折首页（含帐号）复印件； 2、保证提交的所有相关材料内容均真实可信。太平人寿保险有限公司只负责根据授权人提供的帐户进行转帐业务，授权人与该帐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联，太平人寿保险有限公司概不负责。		

事故信息栏：(请务必认真填写所有内容，以免发生不获理赔的情况)

事故发生/结束时间：	/ /	；	事故发生/治疗地点：	/ /
事故发生原因：				
若事故为疾病，则事故发生前疾病或症状已经存在多长时间：				
若事故为身故，进行尸体法医检验或解剖的机构名称（若有）：				
若事故为意外，则事故处理或鉴定的机构名称：				

委托信息栏：(若有，请务必认真填写所有内容，以免发生不获理赔的情况)

本人系贵公司_____号保险合同项下之：				
投保人	被保险人	被保险人之法定继承人	被保险人的法定代理人或监护人	保险金受益人
保险金受益人的法定代理人或监护人			法律规定享有保险金请求权的其他自然人。	
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	其他保险事宜（请列举_____）		
特此委托！				
委托人：			日期：	

申请人签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ 代理人签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_