中国太平洋财产保险股份有限公司北京分公司

**意健险保险理赔申请书（非死亡案件适用，“\*”信息必填）**

|  |  |
| --- | --- |
| **被保险人信息**  | \*保单号码： 报案号： \*出险时间： \*被保险人： \*证件号码： \*性别：□男 □女\*联系地址： 电话：\*出险原因：□意外 □疾病；\*申请类型：□医疗费用，□住院津贴，□其他 \*就诊医院及事故描述： \*费用合计：  |
| \*报案人： \*性别：□男 □女 \*联系电话： \*证件号码：  |
| **申请人信息（非被保险人申请时需填写）** | \*申请人： \*申请人类型：□监护人，□其他 \*联系地址： \*联系电话：\*证件号码： \*性别：□男 □女 |
| **\*收款****信息**  | 账户名： 银行账号： 银行信息： 银行 分行 支行 分理处 |
| **补充说明：** |
| **理赔委托授权声明：**

|  |
| --- |
| 现申请人 委托 前往贵公司办理本次保险事故理赔申请项下事宜。本委托有效期 天。 |
| **受托人信息** | \*名称： \*证件号码：\*与委托人关系：□配偶 □父母 □子女 □其他 \*联系电话：\*联系地址： \*性别：□男 □女 |
| \*委托人签名： \*受托人签名：  |

 |
| **其他声明与授权:** |
| **1、本人声明以上陈述均为事实，并无虚假及重大遗漏。****2、本人授权任何医疗机构、保险公司或其它机构、以及一切熟悉被保险人身体健康状况之人士，均可以将被保险人身体健康状况之资料向贵公司如实提供。本授权之影印件亦属有效。****3、转账授权声明：本人同意贵公司将理赔金转入本申请书所提供的银行账户中。本人声明上述银行账户确为申请人的账户，开户行名称、户名和账号均真实有效，本人同意承担因银行账户提供错误而导致转账失败而产生的法律、经济责任。保险公司将该款项支付至上述预留银行账户，即表明被保险人、索赔权益人已经收到该款项，保险公司已经完全履行了保险合同义务。****4、委托人同意由受托人代为领取该笔保险赔偿金并将其全部划入上述指定账户，由此所产生的一切法律纠纷，由委托人与受托人自行解决处理。****4、根据保险监管部门规定，以现金方式给付的保险金不得由保险代理机构、保险代理业务人员和保险营销员代领，上述事宜本人已知晓。****\*索赔申请人签名： \*申请日期： 年 月 日** |

**客户服务专线：95500 理赔查询：http://www.ecpic.com.cn/mall/policy/claims/view**