

## 人身保险理赔申请书

注：若本次预估金额小于10000元，带“▲”部分可不填写  
 根据国家有关机关规定，如本次申请长期险种赔付，请向工作人员索要并填写《税收居民身份声明文件》。

|       |   |         |  |
|-------|---|---------|--|
| 是否代收单 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 代收人工号姓名 |  |
| 联系电话  |   | 报案号     |  |

|   |   |  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|---|---|--|------|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|
| 保险单号(选填, 可填多个)  |   |  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 出险人信息   | 姓名  |  | 性别   |  | 电话(优先手机)   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 证件类型  |  | 证件号  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | ▲证件有效期  | 年 月 日至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 长期   |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 经常居所(至门牌)   | 省 市 区/县  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 邮编 |  |  |
|   | ▲国籍   |  |      |  | ▲职业  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 出险经过  | 出险原因  | <input type="checkbox"/> 意外<br><input type="checkbox"/> 疾病   | 申请类型 | <input type="checkbox"/> 身故<br><input type="checkbox"/> 门诊医疗 | <input type="checkbox"/> 重大疾病<br><input type="checkbox"/> 住院医疗 | <input type="checkbox"/> 轻症/特定重疾<br><input type="checkbox"/> 住院补贴 | <input type="checkbox"/> 残疾<br><input type="checkbox"/> 投保人豁免 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 出险时间  | 年 月 日  |      |  |  | 出险地点  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 就诊医院  | 省 市  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 出险经过简述及结果:  |  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 出险人目前状态   |   | <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗结束 |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 若本次事故已获得赔付, 请告知赔付方信息  |   | <input type="checkbox"/> 社保/农合 <input type="checkbox"/> 单位、肇事方或其他第三方<br><input type="checkbox"/> 其他保险公司 (参保地/公司名称 _____)                       |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 申请人信息填写   | 与被保险人关系   |  |      |  | ▲与投保人关系  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | <b>自然人客户填写</b>  |  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 申请人与出险人为同一人, 申请人信息可不填; 申请人为多人的, 请在此填写主申请人信息并附《多自然人申请人信息表》 |  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 姓名  |  | 性别   |  | 电话(优先手机)   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 证件类型  |  | 证件号  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | ▲证件有效期  | 年 月 日至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 长期   |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 经常居所(至门牌)   | 省 市 区/县  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 邮编 |  |  |
|   | ▲国籍   |  |      |  | ▲职业  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | <b>非自然人客户填写</b>   |  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 达到客户身份识别标准客户(或理赔金额达到1万元及以上客户), 应填写《客户身份基本信息补充表(非自然人专用)》   |  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 名称  |  |      | 住所(至门牌)  | 省 市 区/县  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 社会统一信用代码  |  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | ▲证件有效期  | 年 月 日至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 长期   |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| ▲经营范围   |   |  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| ▲ <input type="checkbox"/> 控股人 <input type="checkbox"/> 实际控制人 <input type="checkbox"/> 法定代表人 <input type="checkbox"/> 负责人 |   |  |      | ▲ 姓名   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| ▲证件类型   |   |  |      | ▲ 证件号  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| ▲证件有效期  | 年 月 日至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 长期                  |  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 领取方式  | 保险金领取方式   | <input type="checkbox"/> 转账(请提供以下信息) <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 其他_____  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 开户行   | 银行 省 市 分行  |      |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|   | 户名  |  |      |  | 账号   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |

## 反保险欺诈告知书

诚信是保险合同基本原则,请您与我们一同杜绝以下骗取保险金的行为:

- 1、故意虚构保险标的;
- 2、对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度;
- 3、编造未曾发生的保险事故;
- 4、故意造成财产损失的保险事故;
- 5、故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的。

**涉嫌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、5000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】**保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。

## 声明与授权

- 1、本人声明以上陈述均为事实,并无重大遗漏,可作为你公司理赔的依据。
- 2、本人授权太平洋寿险将保险赔偿金划入申请人提供的上述银行账户,并同意负责因非太平洋寿险原因导致未收到赔偿金的纠纷与后果。



本人已扫描二维码阅读《理赔服务个人信息收集处理授权书》,知晓并同意相关授权。

签名前请扫码阅读

全体申请人签名(章):

日期:

注:申请人必须是受益人或其法定监护人。

## 授权委托书(若申请人委托非本公司服务人员办理请填写下面授权委托书)

本人现委托\_\_\_\_\_先生/女士前往贵公司办理有关申请人上述保险事故理赔申请事宜,并同意其代理权限如下:  
 递交理赔申请及相关证明文件  受领退回的申请材料  
 受领理赔决定通知书、受领本次申请相关决定通知书、签订理赔协议

|       |           |  |     |  |          |  |     |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-----------|--|-----|--|----------|--|-----|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受托人信息 | 姓名        |  | 性别  |  | 电话(优先手机) |  |     |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 证件类型      |  | 证件号 |  |          |  |     |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 经常居所(至门牌) |  | 省   |  | 市        |  | 区/县 |  |  | 邮编 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 与申请人关系:   | <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他_____ |     |  |          |  |     |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

委托人声明:在办理以上理赔事务过程中,本人所指定的开户行、开户名、账号以及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(全体申请人): | 受托人: | 日期: |
|-------------|------|-----|

您可通过客服电话:95500,公司官网:<http://www.cpic.com.cn>

或登录太慧赔小程序享受更多便捷服务。



扫码登录太慧赔