

**支付赔款**

定责/定损

理算及审核赔案

死亡、伤残及损失金额超过**万元**案件 ，现场查勘及调查。

**报案受理**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **学平险服务小组** | | | |
| **保险信息及理赔咨询** | 赵玮 | 座机010-83506375 | 手机18515485662 |
| 林雅 | 座机010-83506377 | 手机13911897084 |
| **报案邮箱** | [cpicxpx@163.com](mailto:cpicxpx@163.com)  案件邮寄地址：北京市石景山区玉泉路63号远洋时代广场4层渠道业务一部  收件人：赵玮 电话：18515485662 | | |

**一、理赔材料**

**门、急诊材料：**

1、保险金给付申请书；

3、保险金申请人的身份证正、反面复印件；

4、中华人民共和国境内二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查、血液检查及其它诊断报告的疾病诊断证明书、病历、医疗费用原始发票等；

5、保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

6、若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

**住院材料：**

1、保险金给付申请书；

3、保险金申请人的身份证明；

4、中华人民共和国境内二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查、血液检查及其它诊断报告的疾病诊断证明书、病历、住院证明、出院小结、医疗费用原始发票、住院医疗费用结帐明细清单，如有社保，需要提供社保给付分割单等；

5、转院治疗者须提供转出医院的转院证明；

6、保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

7、若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

**伤残、身故保险金的申请**

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

一、身故保险金申请

（一）保险金给付申请书；

（三）保险金申请人的身份证明；

（四）公安部门出具的被保险人户籍注销证明、中华人民共和国境内二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构出具的被保险人身故证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供中华人民共和国法院出具的宣告死亡证明文件；

（五）事发当地政府有关部门出具的意外伤害事故证明或者中华人民共和国驻该国的使、领馆出具的意外伤害事故证明；

（六）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

（七）若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

二、残疾或其他保险金申请

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单原件；

（三）保险金申请人的身份证明；

（四）中华人民共和国境内二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的残疾程度鉴定诊断书；

（五）事发当地政府有关部门出具的意外伤害事故或者食物中毒事故证明、中华人民共和国驻该国的使、领馆出具的意外伤害事故证明；

（六）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

（七）若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

三、保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，将及时一次性通知补充提供。



**附件一：**

中国太平洋保险股份有限公司北京分公司

**学 平 险 出 险 通 知 书**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保险人： | 证件号码： |
| 被保险人学校名称： | |
| 保险单号： | 保险期限： |
| 出险日期： | 出险地点： |
| 意外伤害医疗费用： | 联系方式： |
| 出险情况、主要原因及救治经过： | |
| 损失估计： | |
| 校方处理意见：  学校盖章  年 月 日 | |

**本通知书由被保险人于出险后立即填写一份经签章后扫描发送至保险公司报案邮箱。**

**邮箱地址：cpicxpx@163.com**

案件邮寄地址：北京市石景山区玉泉路63号远洋时代广场4层渠道业务一部

收件人：赵玮 电话：18515485662

附件二：中国太平洋财产保险股份有限公司 分公司

**意外健康险小额案件理赔申请书**

**（合计索赔金额5000元及以下适用，带\*为必填项）**

**保险合同编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **出险人基本信息及出险概况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*出险人 | |  | | | | | \*性别 | | | □男 □女 | | | | 出生日期 | | |  | | | | | | | | | | | | \*联系电话 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| \*证件类型 | | □身份证 □护照 □其他： | | | | | | | | | | | | \*证件号码 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 国籍 | |  | | | | | 职业 | | |  | | | | | | | \*证件有效期至 | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系地址 □住所 □工作单位： 省 市 区/县 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| \*出险原因 | | □意外 □疾病 | | | | | \*申请类型 | | | | | | | □医疗费用 □住院津贴 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报案号 | |  | | | | | \*报案人 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 报案方式 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 报案时间 | |  | | | | | \*出险时间 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | \*就诊医院 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| \*出险地点 | |  | | | | | 是否有公安机关、劳动局、第三方处理 | | | | | | | | | | | | | | | | | | □是，处理方 □否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*事故描述（请写明时间/地点/发生原因/经过/结果等详情）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人基本信息（提示：若申请人与出险人关系为同一人，可免填写申请人信息）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*申请人 | |  | | | | 国籍 | | |  | | | | | 职业 | | | |  | | | | | | | | | | | \*联系电话 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| \*证件类型 | | □身份证 □护照 □其他： | | | | | | | | | | | | \*证件号码 | | | |  | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |
| \*与出险人关系:□本人 □配偶 □父母 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | \*证件有效期至 | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系地址 □住所 □工作单位： 省 市 区/县 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*理赔金收款账户（注：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）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 收款人姓名/单位名称(全称） | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 开户银行名称 | | | | | | | 银行 分行 支行 分理处 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 银行账号 |  | |  |  |  | |  |  | | |  |  |  | |  |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **特别提示：**   1. 收款账户为被保险人本人或其监护人，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； 2. 若投保时已提供账户信息者，可不填写,我司将按您最近一次提供的账户信息支付理赔金； 3. 填写单位账户，即代表本人授权同意本次理赔款由单位代为领取，我司将赔款支付给单位即视为已经履行保险合同项下的给付义务。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **理赔授权委托书（申请人委托他人代为办理理赔时需要填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现申请人 委托 先生/女士前往贵公司代为办理本次理赔事宜。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **受托人基本信息：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*姓名 | |  | | | | | 国籍 | | |  | | | | 职业 | | |  | | | | | | | | | | | | \*联系电话 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| \*证件类型 | | □身份证 □护照 □其他： | | | | | | | | | | | | \*证件号码 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| \*与申请人关系:□业务员 □配偶 □父母 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | \*证件有效期至 | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系地址 □住所 □工作单位： 省 市 区/县 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委托日期同申请人在本申请书签名栏签章日期，本委托有效期至本次理赔结束时止。  委托人郑重声明，凡因本授权委托引发的任何法律或经济纠纷由委托人承担。  **委托人签名： 受托人签名：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **反保险欺诈提示** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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。诚信是保险合同基本原则，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】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。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **声明与授权** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1、本声明与授权复印件与原件具有同等效力；本人已阅读并知晓以上《反保险欺诈提示》；根据国家反洗钱相关的法律法规要求，在办理保险业务时，我将如实提供个人信息和相关资料，配合贵公司依法进行有效客户身份识别；**  **2、本人在申请书上所填写的内容均为真实内容，如有虚假，愿承担法律责任；所有曾为被保险人诊治的医生出示的合格有效的书面诊件，以及贵公司要求申请人出具的其他各种证件,均作为理赔证据的一部分；**  **3、本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织，以及凡熟悉被保险人健康情况之人士,均可将事故者此次意外或疾病、既往病症、病历之详细资料向贵公司及其代表提供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贵公司所委托的合作机构向贵公司如实提供；**  **4、本人同意贵公司将理赔金转入理赔申请书所指定的银行账户中；本人同意承担因银行账户指定错误导致转账失败而产生的法律、经济责任。**  **\*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**

案件邮寄地址：北京市石景山区玉泉路63号远洋时代广场4层渠道业务一部

收件人：赵玮 电话：18515485662

**附件三：**

**中国太平洋财产保险股份有限公司 分公司**

**意外健康险理赔申请书(5000元以上)**

**保险合同编号： 带\*为必填项**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **出险人基本信息及出险概况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*出险人 | |  | | | | \*性别 | | □男 □女 | | | | 出生日期 | | |  | | | | | | | | | | | | | | \*联系电话 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| \*证件类型 | | □身份证 □护照 □其他： | | | | | | | | | | \*证件号码 | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| \*国籍 | |  | | | | \*职业 | |  | | | | | | | \*证件有效期至 | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系地址 □住所 □工作单位： 省 市 区/县 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| \*出险原因 | | □意外 □疾病 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*申请类型 | | □死亡 □重大疾病 □伤残 □医疗费用 □住院津贴 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报案号 | |  | | | | \*报案人 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 报案方式 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 报案时间 | |  | | | | \*出险时间 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | \*就诊医院 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| \*出险地点 | |  | | | | 是否有公安机关、劳动局、第三方处理 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □是，处理方 □否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*事故描述（请写明时间/地点/发生原因/经过/结果等详情）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人基本信息（提示：若申请人与出险人关系为同一人，可免填写申请人信息）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*申请人 | |  | | | | \*国籍 | |  | | | | \*职业 | | | |  | | | | | | | | | | | | | \*联系电话 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| \*证件类型 | | □身份证 □护照 □其他： | | | | | | | | | | \*证件号码 | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |
| \*与出险人关系:□本人 □配偶 □父母 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | \*证件有效期至 | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系地址 □住所 □工作单位： 省 市 区/县 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **\*理赔金收款账户（注：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）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 收款人姓名/单位名称（全称） | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 开户银行名称 | | | | | | 银行 分行 支行 分理处 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 银行账号 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |  | |
| **特别提示：**   1. 收款账户为被保险人本人、身故受益人或其监护人，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; 2. 若投保时已提供账户信息者，可不填写,我司将按您最近一次提供的账户信息支付理赔金； 3. 填写单位账户，即代表本人授权同意本次理赔款由单位代为领取，我司将赔款支付给单位即视为已经履行保险合同项下的给付义务。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **理赔授权委托书（代为申请理赔时填写，如索赔金额超5千元且理赔款需委托领取，应另行填写授权委托书）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现申请人 委托 先生/女士前往贵公司代为办理本次理赔事宜。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **受托人基本信息：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*姓名 | |  | | | | \*国籍 | |  | | | | \*职业 | | |  | | | | | | | | | | | | | | \*联系电话 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| \*证件类型 | | □身份证 □护照 □其他： | | | | | | | | | | \*证件号码 | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| \*与申请人关系:□业务员 □配偶 □父母 □子女 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | \*证件有效期至 | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系地址 □住所 □工作单位： 省 市 区/县 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 委托日期同申请人在本申请书签名栏签章日期，本委托有效期至本次理赔结束时止。  委托人郑重声明，凡因本授权委托引发的任何法律或经济纠纷由委托人承担。  **委托人签名： 受托人签名：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **反保险欺诈提示** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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。诚信是保险合同基本原则，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】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。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **声明与授权** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1、本声明与授权复印件与原件具有同等效力；本人已阅读并知晓以上《反保险欺诈提示》；根据国家反洗钱相关的法律法规要求，在办理保险业务时，我将如实提供个人信息和相关资料，配合贵公司依法进行有效客户身份识别；**  **2、本人在申请书上所填写的内容均为真实内容，如有虚假，愿承担法律责任；所有曾为被保险人诊治的医生出示的合格有效的书面诊件，以及贵公司要求申请人出具的其他各种证件,均作为理赔证据的一部分；**  **3、本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织，以及凡熟悉被保险人健康情况之人士,均可将事故者此次意外或疾病、既往病症、病历之详细资料向贵公司及其代表提供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贵公司所委托的合作机构向贵公司如实提供；**  **4、本人同意贵公司将理赔金转入理赔申请书所指定的银行账户中；本人同意承担因银行账户指定错误导致转账失败而产生的法律、经济责任。**  **\*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**

**附件四：意外健康险授权委托书**

报案号：

**中国太平洋财产保险股份有限公司** **分公司**：

兹有保单号 项下被保险人（或保险标的） ，于 年 月 日，在（地点） ，因（原因） 出险，现向贵公司提出正式索赔申请，请贵司给予办理。

第一联：保险公司理赔部门留存

该案赔款金额为人民币（大写） （￥ ），现授权由 代为领取（以转账形式），领取赔款后该案一切赔偿责任业已终结，立此存证。

收款人户名：

开户银行： 银行 省（市）分行 支行 分理处

帐号： 授权人（索赔权益人）联系电话：

|  |  |
| --- | --- |
| **授权人声明** | **被授权人声明** |
| 1、授权人所填写内容及所交材料均真实有效，被授权人在本授权委托书或其它索赔单证上的签章均代表授权人。 | 1、被授权人经授权人有效授权，所交材料均真实有效。 |
| 2、因授权人或被授权人原因造成贵公司误付赔款或赔款未交付给授权人，由授权人承担赔偿责任和相应的法律责任。贵公司不承担任何责任。 | 2、因被授权人原因造成贵公司误付赔款或赔款未交付给授权人，由被授权人承担赔偿责任和相应的法律责任。贵公司不承担任何责任。 |
|  |  |
| 授权人(索赔权益人)签名(单位的盖章)： | 被授权人（收款人）签名(单位的盖章)： |
|  |  |
|  |  |
| 年 月 日 | 年 月 日 |

被授权人身份证复印件（正反面）

**粘 贴 处**

(被授权人为个人的需要)

授权人身份证复印件（正反面）

**粘 贴 处**

(授权人为个人的需要)

**见证人签名确认：** 年 月 日

（注：本授权委托书及赔款收据，一式两份，一份由保险公司留存，一份由客户留存）**24小时客户服务电话:95500**