



太平财产保险有限公司
TAIPING GENERAL INSURANCE CO., LTD.

总公司地址: 深圳市福田区深南大道4011号香港中旅大厦22层
22/F, 4011 ShenNan Avenue, Futian District, Shenzhen,
P. R. CHINA
电话 Tel: (86-755) 82960919 传真 Fax: (86-755) 82960909
邮编 Post Code: 518048 网址 Website: www.taiping.com
全国统一客户服务热线 95529

意康险索赔申请书

被保险人姓名		被保险人身份证号			
保险险种		保单号码			
理赔申请事项: <input type="checkbox"/> 门诊; <input type="checkbox"/> 意外医疗; <input type="checkbox"/> 身故; <input type="checkbox"/> 伤残; <input type="checkbox"/> 住院; <input type="checkbox"/> 重大疾病; <input type="checkbox"/> 住院津贴; 本次是第_____次索赔		申请人姓名及电话			
		申请给付金额			
事故经过: 本人声明: 本表填写内容及提供的索赔资料完全属实, 如有虚假不实或隐瞒情况, 保险公司有权拒付保险赔偿金并依法追究法律责任; 本人授权任何单位或个人均可向太平财产保险有限公司提供与本次理赔申请有关的一切资料 (包括病例、司法证明材料等), 由此产生的一切法律后果由本人承担。 申请人签名: _____ 年 月 日					
转账付款委托书 太平财产保险有限公司_____分公司: 兹有在贵司投保的上述保险单号项下的 被保险人_____于_____年____月____日 因发生保险事故, 现本人(被保险人或受益人) 委托_____前往贵公司办理保险索赔事宜, 并将赔款转入以下银行账号: 收款人名称: 开户行: 帐号或卡号: 委托人: 委托日期: _____ 年 月 日		若索赔申请人非被保险人, 请签署本表格文件: 委托人(被保险人或受益人)声明 4、本转账付款委托书由本人亲自填写并签名, 如他人代填代签, 由填写人承担相应的法律责任, 与贵公司无关; 5、贵公司依据委托书之委托事项履行保险金给付义务, 如由此产生的任何经济损失或法律责任, 与贵公司无关; 6、如因本人提供的账号错误而导致保险金错误转入他人账户, 所造成的一切损失, 均与贵公司无关。 受托人声明: 本人/单位接受委托人的委托, 并已确认本委托书为委托人的本意, 由此而引起的任何经济损失和法律责任由本人/单位承担, 与贵公司无关。 委托人(被保险人或受益人)签字: 受益人身份证号(委托人为受益人时填写): 受托人(签字/盖章): _____ 年 月 日			
单证	份	单证	份	单证	份
<input type="checkbox"/> 保险单、批单及保费缴纳凭证		<input type="checkbox"/> 伤残鉴定书		<input type="checkbox"/> 损失证明文件	
<input type="checkbox"/> 被保险人身份证明复印件		<input type="checkbox"/> 烧烫伤鉴定书		<input type="checkbox"/> 交通费用票据	
<input type="checkbox"/> 全部受益人身份证明证件		<input type="checkbox"/> 死亡证明		<input type="checkbox"/> 单位组织机构代码证等	
<input type="checkbox"/> 其他保险赔付记录		<input type="checkbox"/> 火化证明		<input type="checkbox"/> 受托人的身份证明	
<input type="checkbox"/> 门诊病历		<input type="checkbox"/> 户口注销证明			
<input type="checkbox"/> 住院病历		<input type="checkbox"/> 事故有关单位出具的事故经过说明书			
<input type="checkbox"/> 出院小结或诊断证明		<input type="checkbox"/> 政府部门出具的事故证明			
<input type="checkbox"/> 医疗发票原件		<input type="checkbox"/> 详细事故经过说明			
<input type="checkbox"/> 费用清单		<input type="checkbox"/> 调解书、判决书、赔付协议、赔款收据			
其他相关单证或被保险人说明:					
交单人: _____		联系电话: _____		保险公司接单人: _____	
交单日期: _____ 年 月 日				接单日期: _____ 年 月 日	