



为确保您的正当权益, 在填写前敬请详阅《填写指南》

理赔申请书
(含资料调阅授权书)

事故者姓名		保险单号	
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____	证件号码	
事故者类型	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人之配偶 <input type="checkbox"/> 被保险人之子女		
申请类型 (可复选)	<input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 疾病医疗 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 意外残疾(失能) <input type="checkbox"/> 疾病残疾(失能) <input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 疾病身故 (如申请身故保险金, 请填写《身故受益人身份确认表》)		
事故经过	时间: 年 月 日 时 地点:	原因:	
	详细经过:		
事故者现状	<input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗结束 <input type="checkbox"/> 身故(身故日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 残疾(失能) <input type="checkbox"/> 失踪		
事故者是否在其他保险公司投保人身保险		<input type="checkbox"/> 是 承保公司() <input type="checkbox"/> 否	

申请人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 继承人 <input type="checkbox"/> 受益人(继承人)的监护人		
申请人姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____	证件号码	
如申请人与事故者为同一人, 证件类型、证件号码可不填写			
联系地址	省/直辖市 市 区/县	邮政编码	
联系电话	固定电话(小灵通) 区号: 号码:	移动电话:	
E-mail (如有请填写)	@	是否委托他人 办理理赔申请	<input type="checkbox"/> 是 (请填写《理赔授权委托书》) <input type="checkbox"/> 否

领款方式	<input type="checkbox"/> 现金				
	<input type="checkbox"/> 转帐 (人民币)	开户银行			
		户名	帐号		
	<input type="checkbox"/> 转帐 (外币) <small>仅外币险 理赔填写</small>	开户银行	外币帐户类型	<input type="checkbox"/> 现钞 <input type="checkbox"/> 现汇	币种
户名		帐号			

声明:

- 本人保证理赔申请书上所填写的内容真实详尽;
- 本人同意中国平安人寿保险股份有限公司向医疗机构及其他单位和个人调阅、摘抄、复印与理赔申请相关的资料, 本人愿承担由此产生的一切法律责任;
- 因本人或代理人过错导致转帐不成功、未及时或未全额收取理赔款项的, 贵公司不承担责任。

申请人签名:

年 月 日