

理赔指引

尊敬的客户：

您好！感谢您对太平洋保险的信任与支持，若您需要向我司进行索赔，为保证您的理赔申请能及时有效地处理，特提醒您注意以下事项：

- 1、关于保险索赔的任何疑问，请随时咨询我司客服电话95500，我司将为您详细解答。
- 2、出险人为未成年人，理赔款需赔到父母银行账户的，需补充提供出险人与收款人的关系证明（如户口本、出生证明等）。
- 3、保险事故发生后，请及时向我司报案。

发生保险事故后，太平洋保险将为您提供理赔申请服务，请参照以下流程申请理赔：

一、损失金额低于5,000元时，采用线上理赔通道。请扫描如下二维码，选择享服务、报案理赔，在线申请理赔。



注意事项：

1.请在申请理赔的发票原件上用钢笔或签字笔写上“太平洋产险理赔已受理”或“已在太平洋产险索赔”的标识字样。

二、损失金额高于5,000元时，采用线下理赔通道。流程如下：

- 1、拨打太平洋保险客服热线 95500 报案
- 2、根据理赔人员指导办理理赔事宜。
- 3、保险索赔所需资料邮寄地址：海南省海口市龙华区海秀中路71号海垦广场B座一楼太平洋保险 吴碧莹 0898-66522310

注意事项：

- ◆发票及临时自费病历本提供原件。
- ◆若理赔完毕后需医疗材料复印件盖章退回的，请自行复印，将原件及复印件一并提交。

请根据以上流程向本公司申请理赔，太平洋保险确认单证齐全并确属保险责任范围后，将在10天内完成理赔结案。

附1：保险索赔应备材料

索赔材料	申请项目			
	医疗费用	住院津贴	身故	伤残
理赔申请书（附2）	√	√	√	√
被保险人身份证明	√	√	√	√
职业证明（包括但不限于出险前六个月的个人所得税完税证明、工资收入银行流水、社保缴费证明、以及有效劳动合同）	√	√	√	√
被保险人银行卡	√	√	√	√
医疗费用发票原件	√	√		
病历卡	√	√		
住院费用清单、诊断报告、住院病案（病案首页、入院记录、手术记录单、检查报告单、出院小结、长期医嘱、短期医嘱）	√	√		
死亡证明书			√	
户口注销证明			√	
丧葬火化证明			√	
意外事故证明			√	
受益人身份证明			√	

继承公证			√	
委托领款公证			√	
残疾鉴定报告				√

声明：以上理赔材料仅供参考，详细材料以条款为准，最终解释权归本公司所有。

附 2:

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

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期		*联系电话				
*证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他：_____			*证件号码						
*国籍		*职业		*证件有效期至			年	月	日	
联系地址 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 工作单位：_____省_____市_____区/县_____							邮政编码			
*出险原因	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其他_____									
*申请类型	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 医疗费用 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 是，处理方_____ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他：_____			*证件号码						
*与出险人关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____				*证件有效期至			年	月	日	
联系地址 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 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：

- 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；
- 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；
- 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	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他：_____	*证件号码						
*与申请人关系：	<input type="checkbox"/> 业务员 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____	*证件有效期至				年	月	日
联系地址	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 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，凡因本授权委托书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>