



人身意外保险损失通知

索赔申请人应正确详细填写此申请表，并将后页所列索赔所需的文件于索赔事由发生 30 天内交回：
上海市浦东新区世纪大道 201 号渣打银行大厦 10 楼
邮编：200120

视索赔性质及金额，保险公司有权要求进一步资料。 每份申请表仅限一位索赔申请人填写。

投保人资料			
名称		保险单号码	
通讯地址		邮政编码	电邮地址
联系人	联系电话		传真号码

被保险人/索赔申请人资料				
姓名	性别	年龄	职业	身份证号码
现住地址		邮政编码	联系电话	电邮地址
索赔申请人如为未成年人，请注明： 监护人姓名：			与索赔申请人关系：	

意外伤亡（申请意外伤亡赔偿须填写此部分）			
意外发生之日期	时间	上午/下午	意外发生之确切地点
请详述意外发生的原因和经过			
受伤结果： 受伤 <input type="checkbox"/> / 死亡 <input type="checkbox"/>		受伤部位	伤势情况
证人姓名	地址		联系电话

住院索赔（因意外或疾病而入住医院，须填写此部分）			
伤病的名称及症状：			
首次就诊前该症状已存在多久？		首次接受治疗日期：	主诊医生：
首次接受治疗诊所/医院：	住院医院名称：	入院日期：	出院日期：

其他有关的有效保险	
是否向其他保险公司索赔？如有，请说明：	
保险公司	保险单号码
索赔项目	索偿/已赔付金额 ¥

索赔项目，金额及所需索赔资料：			
索赔项目	所需理赔资料	索赔金额	
意外医疗补偿金	1. 完整的门、急诊病历或出院小结原件及住院清单； 2. 医院所签发的医药费原始收据原件； 3. 医院出具的所有检查报告单原件；		
意外住院津贴	1. 完整的门、急诊病历原件，或主诊医生的诊断证明； 2. 出院小结及住院清单； 3. 住院医疗正式收据原件； 4. 医院出具的所有检查报告单；		
送返费用	医疗	1. 医疗送返建议证明 2. 相关医疗送返费用发票原件	
	死亡	1. 埋葬或火化费用发票原件及/或相关遗体或骨灰运送产生的费用发票原件	
永久伤残给付	司法机关或三甲以上医院出具的《伤残鉴定书》原件。		
严重烧伤保险金			
致命事故下紧急救助金	1. 死亡小结（或死亡记录）； 2. 医院、公安部门或本公司认可的死亡证明或其他相关类似证明原件； 3. 被保险人的户籍注销证明或其他相关类似证明； 4. 索赔申请人的户籍证明或其他相关类似证明、身份证件，以及受益人关系证明； 5. 继承人继承权及份额公证书原件。		
意外身故保险金索赔			
公共交通意外/双倍给付	1. 搭乘公共交通工具的票据证明； 2. 公共交通部门出具的交通意外证明。		
所有索赔	1. 被保险人签名的身份证件复印件（若为未成年人，则需提供投保人签名的身份证件复印件）； 2. 保险合同或投保单复印件； 3. 索赔人银行存折复印件； 4. 保险公司所需的其他与索赔相关的证明和资料。		

银行帐户资料
赔款将通过银行转帐支付。任何索赔申请，均须填写此部分：
户名： _____
开户银行： _____
帐号： _____

声明及授权	
本索赔申请表签署人（等）谨此声明，就我等所知所信，上陈述绝无虚假和隐瞒。我（等）明白保险合同的各项规定，不因安盛天平财产保险有限公司（“贵公司”）代表提供或制备本表或贵公司接受或保留索赔证明，而受任何影响。	
本索赔申请表签署人（等）授权任何知悉或拥有本人/被保险人之健康状况及病历或任何治疗或咨询记录、意外事故细节及曾为或将为本人/被保险人之诊治之医生，医院，诊所，公安部门，保险公司或任何机构、组织或人士，向贵公司或其代理人透露有关资料，不得撤回，即使本人/被保险人死亡或丧失民事行为能力，此授权书仍然具有法律效力，而本人/被保险人之继承人及转让人也会受本授权书约束。本授权之复印件与原件同属有效。	
索赔申请人签署：	监护人签署（若索赔申请人为未成年人）：
日期：	日期：