



人身意外保险索赔申请表

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：
视案件情况，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。

上海市金海路 1000 号 14 号楼 5 楼 理赔部 邮编：201206

案件负责人：吴 慧 联系电话：021-50151838 工作时间：9:00——17:30

尊敬的客户：

感谢您对安盛天平保险的信任和支持，如您有什么理赔上的问题和建议，请致电服务监督电话：13122127363，
我们将帮您解决，并在一个工作日内答复。

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;	
意外身故保险金索赔	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。	
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	
<p>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股份有限公司(“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。</p> <p>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。</p>	
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: