

提醒：索赔申请人应正确详细填写此申请表中与索赔相关的内容，并将后页所列索赔所需的文件于索赔事由发生30日内交回，视索赔性质及金额，保险公司有权要求进一步资料。默认理赔服务地址为您的保险购买地。

被保险人信息

被保险人姓名		性别		保险单号	
身份证/护照号码		职业		联系电话	手机
通讯地址		邮编		电子邮箱	
实际旅行期间	至	目的地		工作单位	部门

被保险人如为非民事行为能力人，请填写合法监护人信息：

监护人姓名		性别		身份证号码		与被保险人关系	
-------	--	----	--	-------	--	---------	--

事故简要信息 - 意外伤害

事故发生的时间	年 月 日 时 分	就诊医院	
事故地点		医生名称	
伤情	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 伤残 <input type="checkbox"/> 烧烫伤 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 门诊	就诊日期	住院天数 (天)

事故简要信息 - 财物损失

事故发生的时间	年 月 日 时 分	遇险城市	
事故地点		警署名称	
损失情况	<input type="checkbox"/> 遗失 <input type="checkbox"/> 被盗 <input type="checkbox"/> 抢劫	报案日期	

事故简要信息 - 航程延误

航班号/机场		航程	
原定起飞/到达时间		实际起飞/到达时间	

事故详细信息

A、事故经过及原因 - 请描述：a)事故详细经过；b)事故原因；c)事故是否经公安等公共机关调查？如有，烦请列明办案机关名称、地点及案件编号；d)相关机构出具说明或其他证明材料信息；

B、损失范围和损失程度 - **意外伤害** - 若涉及，请描述：a)受伤部位及伤势-如：骨折、刀伤、瘀肿等；
b)估计医疗费金额、伤残程度及住院天数；c)是否涉及死亡伤残

- **财物损失** - 若涉及，请描述：a)物品名称、件数、型号、购置时间及购置价格等

- **航程延误** - 请描述：a)延迟时间

- **其他情况** - 请尽量详细描述：

除本公司外，是否向其他保险公司投保？ 有 没有
 若有，请列出保险公司名称：_____ 索赔项目：_____ 索赔/已赔付金额：_____

报案人/保险事故间接受惠人或关联人/事故处理联系人信息

身份*	姓名	电话	手机	传真	电子邮箱	通讯地址及邮编	与被保险人的关系

身份选择 (1) 报案人 (非被保险人) (2) 监护人 (3) 保险事故间接受惠/关联人 (4) 调查机关 (5) 机场 (6) 同行人员 (7) 医生 (8) 目击证人 (9) 酒店 (10) 其他：请注明身份

若为身故索赔，联系人信息请务必包括填写身故保险金受益人的信息 (请在对应栏空白处附加填写身份证号码)

银行账户资料 (赔款将通过银行帐户支付，任何索赔申请，均需填写此部分)

户名		开户银行		帐号	
----	--	------	--	----	--

保险金受益人及其合法监护人声明及授权书：

1、本人已经详细阅读了本案所涉及的保险单、保险条款、《索赔须知》等各种相关文件，对其中的内容完全了解，包括在订立保险合同时就已经向投保人明确说明的保险合同中关于保险人责任免除的条款。

2、本人确认本案申请书所列内容均为属实，且信息无保留或隐瞒，同时本人将依据相关法律和保险合同的约定准备和提供有关的证明和资料。如本人提供不实之情况或证明资料，将承担有关法律、法规及保险合同规定的不良后果。

3、本人提供的情况或者证明和资料如是不完整的，在接到保险人的通知后会按要求尽快补充提供，若因此引起理赔延误由本人自行承担后果。

4、本人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受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。

被保险人/合法监护人：_____

(请本人签署)

身故保险金受益人：_____

(若为身故申请)

(请本人签署)

日期：____年____月____日