



意外及健康保险索赔申请表

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 天内交至下列理赔服务地址。根据案情需要，本公司有权要求进一步提供文件和资料。

广东省广州市越秀区北京路 374 号之二瑞安广州中心 9 楼 01-04 单元，06-08 单元，邮政编码：510030
 美亚保险中国区理赔中心
 电话：4008208858/020-83939289 传真：+8620 - 2882 5818

被保险人/索赔申请人资料

保险单号码	姓名	身份证/护照号码
性别 / 年龄 / 职业	联系电话/传真号码:	手机
电邮地址	通讯地址/邮编	

银行账户资料 赔款将通过银行转账支付，请务必详细填写！

户名	开户银行：_____ 银行 _____ 市 _____ 支行（仅限62开头的银联卡帐号 或19位的储蓄卡帐号）	账号
----	---	----

意外伤亡（申请意外伤亡赔偿须填写此部分）

事故发生地点	事故发生日期 / 时间	
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（因疾病而入住医院，须填写此部分）

疾病的名称及症状：			
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 / 索赔文件 / 索赔金额

一般索赔文件（所有索赔均须提供）

1. 保险合同或保险凭证复印件
2. 银行存折/银行卡复印件
3. 被保险人（及其监护人，如被保险人为未成年人）的身份证件复印件
4. 被保险人与其监护人的关系证明复印件（如适用）
5. 被保险人为投保团体成员的相关证明（团体保险必须提供）
6. 保险公司所需的其它与索赔有关的证明和资料

索赔项目 / 索赔文件 / 索赔金额			
√	索赔项目	索赔文件	索赔金额
	医药费用补偿	1. 完整的门、急诊病历原件、医院出具的所有检查报告单原件，或主诊医生的诊断证明原件； 2. 完整住院病历复印件； 3. 出院小结及医药费用清单原件； 4. 医药费用正式收据原件； 5. 索赔申请人所能提供的其他与本项目申请相关的材料。	
	住院费补偿	1. 完整的门、急诊病历原件、医院出具的所有检查报告单原件，或主诊医生的诊断证明原件； 2. 完整的住院病历复印件； 3. 入院记录、出院小结及住院清单原件； 4. 住院医疗正式收据原件（若仅申请每日住院/重症监护现金津贴，则复印件即可）； 5. 索赔申请人所能提供的其他与本项目申请相关的材料。 注：要求为入住二级或二级以上医院，具体应以保险合同条款规定的等级为准	
	手术费定额给付		
	每日住院津贴		
	监护病房现金津贴		
	住院慰问金/康复慰问金		
	骨折及关节替换保障		
	骨折意外伤害保障		
	重大疾病给付		
	意外残疾保险金	1. 二级或二级以上医院或保险公司认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的被保险人伤残或烧伤程度鉴定书； 2. 完整的住院病历复印件及门诊病历、诊断证明原件； 3. 索赔申请人所能提供的其他与本项目申请相关的材料；	
	意外烧伤保险金		
	意外伤残保险金		
	意外身故保险金	1. 医院、公安部门或保险公司认可的死亡证明或其它相关类似证明和火化证原件； 2. 完整的病历、诊断证明原件； 3. 警方事故报告原件； 4. 法医尸体解剖报告原件； 5. 继承人继承份额公证书原件及所有继承人的身份证复印件（如适用）； 6. 索赔申请人所能提供的其他与本项目申请相关的材料。	
	公共交通意外/ 双倍给付	1. 上述身故保险金/残疾/烧伤保险金所需索赔文件； 2. 所搭乘交通工具的票据原件； 3. 公共交通部门或警方出具的交通意外证明原件。	

反保险欺诈提示

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。

声明及授权

本索赔申请表签署人（等）谨此声明，就我等所知所信，以上陈述绝无虚假和隐瞒，且已阅读并知晓以上《反保险欺诈提示》。我（等）明白保险合同的各项规定，不因美亚财产保险有限公司（“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受让人也会受本授权书约束。本授权书之复印件与原件同属有效。

本人同意贵公司为遵守相关法律（包括但不限于中华人民共和国的法律）的要求，而向第三方披露本人的信息资料，但仅限于法律的最低要求。

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	与索赔申请人关系
	日期