



## 汇丰银行客户索赔申请表

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 27 号楼 9 楼 旅行险理赔 邮编：201206

电话：95550

邮箱：hui.wu@axatp.com

### 被保险人/索赔申请人资料

保险单号码：P0102649		行程日期 / 保险期间 由		至	
姓名	性别	年龄	职业	身份证号码	
通讯地址		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：_____					

### 申请赔偿事由

发生地点	事发日期	时间	上午/下午
请详细描述申请赔偿事由：			
证人姓名	地址	联系电话	
如果此次损失可向其他保险公司索赔，请说明：			
保险公司：	保险单号码：		
索赔项目：	索偿/已赔付金额 ¥		

### 银行帐户资料 赔款将通过银行转帐至被保险人在汇丰银行开立的信用卡帐户。任何索赔申请，均须填写此部分：

帐号：
-----

### 索赔项目，金额及所需理赔资料（以下材料未标明原件的可以提供复印件或扫描件或照片）：

<b>所有索赔</b>		
1. 信用卡签单消费该次公共交通或旅行费用的记录（除信用卡盗刷外）； 2. 被保险人签名的身份证件复印件（未成年人还需提供收款人签名之身份证件复印件）； 3. 索赔申请人签名的身份证件复印件 4. 保险公司通知提供的其他与索赔申请相关的证明和资料。		
<b>第一部分：高额旅行保障之人身伤害、疾病</b>		
索赔项目	所需理赔资料	索赔金额
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，验尸报告或其他相关类似证明原件； 2. 被保险人的户籍注销证明或其他相关类似证明原件； 3. 索赔申请人与被保险人关系证明原件； 4. 继承人继承权及份额公证书原件。	
严重烧伤及永久残疾	司法机关或三级医院出具的《伤残鉴定书》原件	



医疗费用	1.被保险人出入境记录; 2.完整的门、急诊病历原件,或主诊医生的诊断证明原件; 3.医院/认可注册医生所签发的医药费收据原件; 4.出院小结/住院证明及住院清单原件; 5.医院出具的所有检查报告单原件。	
慰问及探访费用	1.主诊医生的证明原件 2.医院出具的所有对被保险人的检查报告原件; 2.医院、公安部门或保险公司认可的死亡证明,验尸报告或其他相关类似证明原件; 4.成年直系亲属与被保险人关系证明原件; 5.被保险人的一名成年直系亲属前往被保险人所在地的交通及食宿费用收据原件。	
回国后 3 个月内后续医疗费用	包括返回境内后 3 个月内在境内后续治疗的 1.完整的门、急诊病历原件,或主诊医生的诊断证明原件; 2.医院/认可注册医生所签发的医药费收据原件; 3.出院小结及住院清单原件; 4.医院出具的所有检查报告单原件。	
紧急援助服务	紧急援助服务由法国安盛旅行援助公司提供,所需费用经保险公司核实确认后直接支付给安盛旅行援助公司。倘若在紧急医疗情况下,被保险人出于无法通知安盛旅行援助公司,自行安排送返,保险公司将根据投保人所选择的保险计划及在相同情况下由安盛旅行援助公司提供或安排服务所需要的合理的费用进行赔偿。	

### 第二部分: 高额旅行保障之财产险

索赔项目	所需理赔资料	索赔金额
旅程延误	1.承运人或其代理人发出关于延误时间及原因的书面证明; 2.登机牌、船票、车票等。	
行李延误	1.承运人或其代理人发出关于延误时间及原因的书面证明; 2.登机牌、船票、车票等。 3.行李手续牌	
转机到达延误	1.承运人或其代理人发出关于延误时间及原因的书面证明; 2.登机牌、船票、车票等。 3.酒店住宿和/或餐饮费用发票或收据原件;	
个人钱财	警方报告或酒店管理部门书面遗失证明;	
旅行证件遗失	1.警方报告或酒店管理部门书面遗失证明; 2.旅行证件的费用发票或收据原件; 3.额外支出的交通费用及酒店住宿费用发票或收据原件。	

### 第三部分: 48 小时失卡保障

索赔项目	所需理赔资料	索赔金额
48 小时失卡保障	1.银行卡挂失的日期及时间; 年 月 日 时 2.信用卡对账单(包含刷卡或提款纪录的纸制或电子对账单); 3.警方报告。	

### 声明, 授权及签署

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。我(等)明白保险合同的各项规定, 不因本表之提供或安盛天平财产保险股份有限公司(“贵公司”)代表所为之准备或贵公司对索赔证明之接受或保留, 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。

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: