



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：		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、索赔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）：

所有索赔		
1.信用卡签单消费该次场馆预定或运动项目费用的记录； 2.被保险人签名的身份证件复印件； 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。		
索赔项目	所需理赔资料	索赔金额
意外身故（含猝死） 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证书原件。	
意外事故残疾保险金	司法机关或三级医院出具的《伤残鉴定书》原件。	
意外医疗费用补偿	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/住院证明及住院清单原件； 4.医院出具的所有检查报告单原件。	



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：