



**ZURICH**  
苏黎世保险

# 旅行意外伤害保险索赔申请书

## Travel Accident Insurance Claim Form

所有问题均须由被保险人/索赔申请人完全回答  
All questions must be answered by Insured/ applicant

保单号码: \_\_\_\_\_

Policy No. \_\_\_\_\_

报案人: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_ 电子邮件: \_\_\_\_\_

Informant Tel. no. Mail:

被保险人姓名英文/中文 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_  
Name of Insured in full (English/Chinese) Age

保单持有人英文/中文 \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder in full (English/Chinese) \_\_\_\_\_

邮政编码 \_\_\_\_\_ 地址 \_\_\_\_\_ 被保险人地址  
code Address of Insured Postal

联系电话(日间固定电话) \_\_\_\_\_ 联络电话(手机) \_\_\_\_\_  
Tel. no. (Daytime) Mobile

职业(请详述) \_\_\_\_\_ 身份证号码 \_\_\_\_\_

Occupation (describe fully) Identity Card No. \_\_\_\_\_

**(若索赔申请人为被保险人本人, 无需填写此栏 If the applicant is the insured, this part can be ignored)**

索赔申请人姓名英文/中文 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_  
Name of the applicant in full (English/Chinese) Age

索赔申请人地址 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_  
Add Postal code

联系电话(日间固定电话) \_\_\_\_\_ 联络电话(手机) \_\_\_\_\_  
Tel. no. (Daytime) Mobile

与被保险人关系 \_\_\_\_\_ 身份证号码 \_\_\_\_\_  
Relationship to the insured Identity Card No.

保险期间由(The insurance period is from) \_\_\_\_\_ 至(to) \_\_\_\_\_

索赔类别 1.  医疗费用 2.  人身意外 3.  行李 / 随身财物 / 证件遗失  
Claim Item Medical Expenses Personal Accident Loss of Personal Baggage and Travel Document

4.  旅程/行李延误 5.  个人责任 6.  行程取消 / 缩短  
Travel and Baggage Delay Personal Liability Cancellation and Curtailment of Trip

7.  家居财物盗抢损失 8.  其它 \_\_\_\_\_  
Loss of Home content due to Burglary Others

意外在何时何地发生 When and where did the accident occur?

(a) Date 日期 \_\_\_\_\_ (b) Time 时间 \_\_\_\_\_

(c) Place 地点 \_\_\_\_\_

请详述意外事故发生经过  
How did the accident occur? (Please state fully) \_\_\_\_\_

索赔金额 Claim amount : \_\_\_\_\_

是否已向其它保险机构索赔?

Have you submitted the claim to other insurer?

否 No

是 Yes 保单号码 Policy no. 保险公司名称 Name of insurance company

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**如索赔类别为个人意外/医疗费用, 须填写此部份。**  
**If claim is for personal accident/medical expenses, must complete this part.**

诊治日期 Date	就诊原因 Diagnosis	就诊医生 Name of physician	就诊医院 Hospital	发票数量 Pieces of invoice	发生金额 Amount

如发生意外伤害，是否回国继续就诊? If the accident is happen, do you need to follow up treatment/consultation after coming back to China?

否 No

是 Yes      医院名称 Hospital name      主要治疗方式 Name of main treatment

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**如索赔类别为财物损失，须填妥此部份。  
If claim is for property damage, must complete this part.**

损失 / 损毁之物件  
Loss or destruction of objects

原购买地点及购买日期  
Original purchase location and date

原购入价格  
Original purchase price

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

如此栏不够填写，请另加纸张。 If the paper is not enough, please add paper

**被保险人账户信息。  
Account information.**

开户名：  
Account name:  
开户银行：  
Bank of deposit:

账号：  
Account number:  
开户行地址：  
Bank address:

**声明及授权书：**

**Declaration and Authorization:**

- 1、出于苏黎世财产保险（中国）有限公司（以下简称“苏黎世中国”）提供保险理赔服务之必要，苏黎世中国将收集、存储、使用、加工、传输、委托处理本人在理赔过程中所提供的姓名、电话、传真、电子邮件等信息。苏黎世中国将依据《个人信息保护法》《网络安全法》等法律法规规定，基于本人使用苏黎世中国产品或服务的必要性，按实现处理目的所需的最短时间保存上述信息。本人可通过拨打【4006155156】联系苏黎世中国撤回、查阅、复制、更正、补充和删除上述个人信息，要求苏黎世中国将上述信息转移至本人指定的个人信息处理者，并要求苏黎世中国对其个人信息处理规则进行解释说明。
- 2、本人特此声明许可苏黎世中国向第三方披露本人的保险信息，信息内容包括本人的姓名、手机号码、身份证号等基本身份信息和保单等保险信息。披露信息的目的为且仅为因办理本人与其之间因保险合同而产生的相关保险事宜，包括理赔申请、赔款支付等。
- 3、如本人向苏黎世中国提供他人的姓名、电话、传真、电子邮件等个人信息，本人承诺系严格按照相关法律法规收集、处理并向苏黎世中国提供个人信息主体的个人信息及敏感个人信息。如苏黎世中国因本人违法违规处理及提供他人个人信息而遭受任何损失，本人愿意承担最终赔偿责任。

**【反保险欺诈提示】诚信是保险合同基本原则，请如实填写本通知书。**

\_\_\_\_\_  
Signature of Policy Holder 保单持有人签章    Signature of insured/applicant 被保险人/索赔申请人签字    \_\_\_\_\_  
Date 日期

**苏黎世财产保险（中国）有限公司**

地址：中国（上海）自由贸易试验区世纪大道 100 号环球金融中心 32 楼 T12, 邮编：200120

电话：4006155156                      传真：+86(21)20895599

**Zurich General Insurance Company (China) Limited**

Address: T12, 32F, Shanghai World Financial Center, 100 Century Avenue, Shanghai Pilot Free Trade Zone 200120, PRC

Tel: 4006155156                      Fax: +86(21)20895599