

# 个人意外伤害保险索赔申请书

# **Personal Accident Insurance Claim Form**

1以未八:			电子邮件:			
Informant	Tel. no.		Mail:			
被保险人姓名英文/中文 Name of Insured in full (El	nglish/Chinese)			年龄 Age		
保单持有人英文/中文						
Name of Policy Holder in	full (English/Chinese	)				被保
邮政编码 code	Address of Insured_				Postal	
联络电话(日间固定电话)	<del></del>	联络电话(手机)				
Tel. no. (Daytime)		p.E.,	Mobile			_
职业(请详述) Occupation (describe fully	A.	身	份证号码 Identity Card No	<b>.</b>		
(苯咯啶中译   七种伯吟	大人 工量特包心	₩ If the applicant	s the insured this =	art can be imposed.		
(若索赔申请人为被保险/ 索赔申请人姓名英文/中文	ζ	年龄				
Name of the applicant in	full (English/Chinese	)		Age		-
索赔申请人地址				邮政编码		
Add			联络电话(手	Postai code kii \		
Tel. no. (Daytime)			Mobile	<i>γ</i> ι,		
与被保险人关系						
Relationship to the insure	d		Identity Card N	lo		
保险期间由(The insurance	e period is from)		至(tc	)		
保险期间由(The insurance 索赔类别 1. □医疗费用	e period is from)	2. □ 意外身故	至(tc 3. □意外代	)) 方残		
保险期间由(The insurance 索赔类别 1. □医疗费用 Claim Item Medical Expe	e period is from) ] enses Acc	2. □ 意外身故 ident Death	至(tc 3. □意外代 Accidental Disme	b) 万残 emberment		
索赔类别 1. □医疗费用 Claim Item Medical Expe	enses Acc	2. □ 意外身故 ident Death	至(to 3. □意外代 Accidental Disme E津贴 (重症监护病房)	方残 emberment		
索赔类别 1. □医疗费用Claim Item Medical Expertage 4. □意外住院	] enses Acc 竞津贴 (普通病房)	2. □ 意外身故 ident Death 5. □意外住隊	3. □意外仍 Accidental Disme	方残 emberment		
索赔类别 1. □医疗费用 Claim Item Medical Expe 4. □意外住隊	] enses Acc 竞津贴 (普通病房)	2. □ 意外身故 ident Death 5. □意外住隊	3. □意外代 Accidental Disme C津贴 (重症监护病房)	方残 emberment		
索赔类别 1. □医疗费用 Claim Item Medical Expe 4. □意外住隊	目 enses Acc 注津贴 (普通病房) al Cash (GW) Acc	2. □ 意外身故 ident Death 5. □意外住隊 cidental Hospital Cas	3. □意外代 Accidental Disme C津贴 (重症监护病房)	方残 emberment		
索赔类别 1. □医疗费用Claim Item Medical Expe 4. □意外住院 Accidental Hospita	enses Acc 注津贴 (普通病房) al Cash ( <b>GW</b> ) Acc en and where did th	2. □ 意外身故 ident Death 5. □意外住隐 cidental Hospital Cas e accident occur?	3. □意外代 Accidental Disme 注津贴 (重症监护病房) n (ICU) Others	5残 emberment 6. □其它		
索赔类别 1. □医疗费用Claim Item Medical Experience 4. □意外住际Accidental Hospital 意外在何时何地发生 Whe (a) Date 日期	目 enses Acc 注津贴 (普通病房) al Cash (GW) Acc en and where did th	2. □ 意外身故 ident Death  5. □意外住隊 cidental Hospital Cas  e accident occur?	3. □意外代 Accidental Disme 注津贴 (重症监护病房) n (ICU) Others	5残 emberment 6. □其它		
索赔类别 1. □医疗费用Claim Item Medical Experience 4. □意外住院Accidental Hospital 意外在何时何地发生 Whe (a) Date 日期	目 enses Acc 注津贴 (普通病房) al Cash ( <b>GW</b> ) Acc en and where did th	2. □ 意外身故 ident Death  5. □意外住隊 cidental Hospital Cas  e accident occur?	3. □意外代 Accidental Disme 注津贴 (重症监护病房) n (ICU) Others	5残 emberment 6. □其它		
索赔类别 1. □医疗费用Claim Item Medical Experience 4. □意外住际Accidental Hospital 意外在何时何地发生 Whe(a) Date 日期	目 enses Acc 注津贴 (普通病房) al Cash ( <b>GW</b> ) Acc en and where did th	2. □ 意外身故 ident Death  5. □意外住隊 cidental Hospital Cas e accident occur?(b) Tim	3. □意外代 Accidental Disme 注津贴 (重症监护病房) n (ICU) Others	55残 emberment 6. □其它		
索赔类别 1. □医疗费用Claim Item Medical Experience 4. □意外住院Accidental Hospital 意外在何时何地发生 Whe (a) Date 日期	enses Acc 注津贴 (普通病房) al Cash (GW) Acc en and where did th ur? (Please state full	2. □ 意外身故 ident Death  5. □意外住隊 cidental Hospital Cas e accident occur?(b) Tim	3. □意外代 Accidental Disme 注津贴 (重症监护病房) n (ICU) Others	56残 emberment 6. □其它		
索赔类别 1. □医疗费用Claim Item Medical Experience 4. □意外住际Accidental Hospital 意外在何时何地发生 Whe(a) Date 日期	enses Acc 注津贴 (普通病房) al Cash (GW) Acc en and where did th ur? (Please state full	2. □ 意外身故 ident Death  5. □意外住隊 cidental Hospital Cas e accident occur?(b) Tim	3. □意外代 Accidental Disme 注津贴 (重症监护病房) n (ICU) Others	56残 emberment 6. □其它		_
索赔类别 1. □医疗费用Claim Item Medical Experience 4. □意外住院Accidental Hospital 意外在何时何地发生 Whe (a) Date 日期	enses Acc 注津贴 (普通病房) al Cash (GW) Acc en and where did th ur? (Please state full	2. □ 意外身故 ident Death  5. □意外住隊 cidental Hospital Cas e accident occur?(b) Tim	3. □意外代 Accidental Disme 注津贴 (重症监护病房) n (ICU) Others	56残 emberment 6. □其它		_

如索赔类别为人身意外/医疗费用,须填妥此部份。 If claim is for personal accident/medical expenses, must complete this part.



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

如果为境外发生 to China? □ 否 No	意外伤害,是否回国继续,	就诊?If the accident is ha	appen, do you need to f	ollow up treatment/consul	Itation after coming back
□ 是 Yes	医院名称 Hospital n	ame 主要治疗方:	式 Name of main treatn	nent	
		·			
被保险人账户	<b>冷</b> 自				
被保险人账户 Bank Details					
开户名 <b>:</b> Account 开户银行 Bank:		账号: Account number: 开户行地址: Bank address:			
声明及授权书 Declaration a	: and Authorization:				
索赔申请力	<b>人</b> 申明:				
传输、委持	黎世财产保险(中国)有	提供的姓名、电话、传	真、电子邮件等信息。	苏黎世中国将依据《个人位	信息保护法》《网络安全

- 、加工、 法》等法 **俘**法规规定,基丁本人使用办祭世中国产品**以服务的必**安性,按头**现处埋目的**所需的**最短时间保仔上还信息。本人**ባ迪**过**扳打 【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险单等 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。					
		 Date 日期			



# 索赔文件

请填妥索赔申请书并提交以下所需证明文件(正本)寄回本公司以便处理阁下之赔偿申请

#### 1. 意外身故

- 索赔申请书;
- 保险合同;
- 被保险人的身份证明文件;;
- 受益人的身份证明文件;
- 医院、公安部门或其他苏黎世认可的机构出具的被保险人的死亡证明或验尸报告原件;
- 被保险人的户口注销证明或其他相关类似证明;
- 苏黎世合理要求的其他资料.

## 2. 意外伤残

- 索赔申请书;
- 保险合同;
- 被保险人的身份证明文件;
- 认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的被保险人伤残程度鉴定书;
- 苏黎世合理要求的其他资料.

#### 3. 医疗费用

- 索赔申请书;
- 保险合同;
- 被保险人的身份证明文件;
- 由医院出具的诊断报告、门诊或急诊病历、住院清单/出院报告(如住院治疗)和医疗费用的收据原件;
- 苏黎世合理要求的其他资料.

### 4. 意外住院津贴

- 索赔申请书;
- 保险合同;
- 被保险人的身份证明文件;
- 由医院出具的诊断报告、门诊或急诊病历、住院清单/出院报告;
- 苏黎世合理要求的其他资料

### 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

# Claim documentation

Please complete and return this Claim Form together with the following document (original copy), if appropriate, for our handling:

#### 1. Accident Death

- the claim form;
- copy of insurance policy;
- the identity document of the Insured Person;
- the identity document of the beneficiary;
- original death or post-mortem report of the Insured Person issued by Hospitals, public security agency or any institution otherwise recognized by Zurich;
- proof of cancellation of residential registration or identity documents of the insured person;
- Other documents as reasonably required by Zurich in relation to this claim.

#### 2. Accidental Dismemberment

- the claim form;
- copy of insurance policy;
- the identity document of the Insured Person;
- verification of the degree of disability of the Insured Person issued by a recognized medical organization or judicial verification agency;
- Other documents as reasonably required by Zurich in relation to this claim.

# 3. Medical Expenses

- the claim form:
- copy of insurance policy;
- the identity document of the Insured Person;
- diagnostic report, out-patient or emergency medical record, Original Hospital Record / Discharge Note (if hospitalized) and original receipts of medical expenses that are issued by Hospitals;
- Other documents as reasonably required by Zurich in relation to this claim.

#### 4. Accidental Hospital Cash

- the claim form;
- copy of insurance policy;
- the identity document of the Insured Person;
- diagnostic report, out-patient or emergency medical record, Original Hospital Record / Discharge Note;
- Other documents as reasonably required by Zurich in relation to this claim.

### **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