



安盛保险



☎: (8621) 95550
🌐: www.axa.cn
关注微信公众号,
可与我们在在线联系

人身意外保险索赔申请表

请正确详细填写此申请表。

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申请人填写。

尊敬的客户：

您可以关注“安盛天平保险”微信公众号，在线自助申请理赔；请留意微信公众号推送的理赔结案通知，并
请对本次理赔服务做出评价。如您有理赔上的问题和建议，请致电服务监督电话：95550。感谢您对安盛天平保
险的信任和支持。

投保人资料

名称	保险单号码		
通讯地址	邮政编码	电邮地址	
联系人	联系电话	传真号码	

被保险人/索赔申请人资料

姓名	性别	年龄	职业	身份证号码
现住地址	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： _____				

意外伤亡（申请意外伤亡赔偿须填写此部分）

意外发生之日期	时间	上午/下午	意外发生之确切地点
请详述意外发生的原因和经过			
受伤结果： 受伤 / 死亡	受伤部位	伤势情况	
证人姓名	地址	联系电话	

住院索赔（因意外或疾病而入住医院，须填写此部分）

伤病的名称及症状：			
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，金额及所需索赔资料：

索赔项目	所需理赔资料	索赔金额
------	--------	------



安盛保险



☎: (8621) 95550
 ①: www.axa.cn
 关注微信公众号,
 可与我们在在线联系

意外医疗补偿金		1. 完整的就诊病历和住院病历原件及住院清单; 2. 医院所签发的医药费原始收据原件; 3. 医院出具的所有检查报告单原件;	
意外住院津贴		1. 完整的就诊病历原件、主诊医生的诊断证明; 2. 出院小结及住院清单; 3. 住院医疗正式收据原件; 4. 医院出具的所有检查报告单;	
送返费用	医疗	1. 医疗送返建议证明 2. 相关医疗送返费用发票原件	
	死亡	1. 埋葬或火化费用发票原件及/或相关遗体或骨灰运送产生的费用发票原件	
永久伤残给付		司法机关或三甲以上医院出具的《伤残鉴定书》原件	
严重烧伤保险金			
致命事故下紧急救助金		1. 死亡小结 (或死亡记录); 2. 医院、公安部门或本公司认可的死亡证明或其他相关类似证明原件; 3. 被保险人的户籍注销证明或其他相关类似证明; 4. 索赔申请人的户籍证明或其他相关类似证明、身份证件, 以及受益人关系证明; 5. 继承人继承权及份额公证书原件。	
意外身故保险金索赔			
公共交通意外/双倍给付		1. 搭乘公共交通工具的票据证明; 2. 公共交通部门出具的交通意外证明。	
所有索赔		1. 被保险人签名的身份证件复印件 (若为未成年人, 则需提供投保人签名的身份证件复印件); 2. 保险合同或投保单复印件; 3. 索赔人银行存折复印件; 4. 保险公司所需的其他与索赔相关的证明和资料。	

银行帐户资料 赔款将通过银行转帐支付。任何索赔申请, 均须填写此部分:

户名: _____
 开户银行: _____
 帐号: _____

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, 上陈述绝无虚假和隐瞒。我(等) 明白保险合同的各项规定, 不因安盛天平财产保险有限公司(“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。

本人已充分阅读并同意安盛天平官网(网站: www.axa.cn) 安全隐私声明中公布的《安盛天平用户隐私政策》、《安盛天平儿童个人信息保护规则与告知事项》。

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转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。

为提供保险服务的需要, 本人授权: 贵公司可通过知悉本人信息的机构查询与本人有关的全部信息(包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等); 贵公司及其具有必要合作关系的机构均可对上述信息进行合理的使用, 为



安盛保险



☎: (8621) 95550
🌐: www.axa.cn
关注微信公众号,
可与我们在在线联系

确保信息安全，贵公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。	
个人信息保护（请仔细阅读并勾选第 1、2 项，当涉及未满 14 周岁的未成年人时需阅读并勾选第 1、2、3 项）	
<input type="checkbox"/> 1. 本人已阅读并同意《安盛天平用户隐私政策》。 <input type="checkbox"/> 2. 本人同意由贵公司根据《安盛天平用户隐私政策》“二、我们如何收集和使用个人信息”所述处理本人的敏感个人信息。 <input type="checkbox"/> 3. 本人已阅读并同意《安盛天平儿童个人信息保护规则与告知事项》。	
被保险人签署： 日期：	监护人签署（若被保险人为未成年人或无民事行为能力人）： 日期：