



关爱全家人身意外伤害索赔申请表

保单号码		
保险计划	白金计划	钻石计划
保单有效期至:	YYYY/MM/DD	

被保险人和索赔人资料

被保险人姓名：_____ 身份证号码：_____

通讯地址：_____

日间联络电话：_____ 传真：_____

索赔人姓名：_____ 身份证号码：_____

通讯地址：_____

日间联络电话：_____ 传真：_____

索赔人与被保险人关系：_____ 出险日期：YYYY/MM/DD

就此事件/意外，你有否向其他保险公司索赔？如“有”者，请列明有关详情。

请指出你现在的情况 完全康复/ 治疗中 (请删除不适用者)

请在格内用√选择索偿之项目及详细列出索偿之内容及数目。(如空位不足，请另附纸张填写，并列明所述的项目名称。)

意外死亡

死亡是因为 公共交通工具意外 飞机意外 其他

日期、时间、地点及事件发生的经过：

附加文件

医疗报告 警方报告 (档案编号 _____)
 死亡证明 其他 (请注明) _____

永久性全部或部分残疾

死亡是因为 公共交通工具意外 飞机意外 其他

意外情况

受伤情况

附加文件

医疗报告 警方报告 (档案编号 _____) 索取医疗报告的授权信
 伤残等级鉴定书 其他 (请注明) _____

意外住院补贴

意外情况

受伤情况

索赔金额

◆ 住院期间：从 YYYY/ MM/ DD 到 YYYY/ MM/ DD 共 天

◆ 医院名称：_____ 地址：_____

医院电话：_____ 医院所在国家及地区：_____

◆ 有无入住 ICU?： 是 否

入住ICU期间：从 YYYY/ MM/ DD 到 YYYY/ MM/ DD 共 天

◆ 本次住院诊断： 1. _____

2. _____

3. _____

附加文件

住院病历	病理报告	出院小结	门诊病历
意外受伤证明	相关化验及检查报告		
其他材料（请说明）			

子女意外骨折或牙科治疗

意外情况

受伤情况

索赔金额

附加文件

医疗报告	医药费单据原件
其他（请注明）	

声明

本人谨此声明，根据本人所知，本索赔申请表上填报的资料均属事实。本人并同意，任何蓄意欺骗或隐瞒将构成法律责任并导致本保单失效。

本人明白就提供上述资料给皇家太阳联合保险公司上海分公司“贵公司”之任何人，均可查询其资料用途、查阅及更改有关资料。本人可循下列途径向贵公司之条例事务部主任提出：邮寄致中国上海银城东路 101 号汇丰大厦 9 楼，或传真致(86 21) 6888-5553.

索赔人签名（18 周岁以上）/ 日期_____
被保险人签名（18 周岁以上）/ 日期

如有任何理赔查询，请于星期一至星期五上午九时至下午五时半，致电理赔服务热线 800-820-5918.