

意外健康险索赔申请表
Accidental and Health Claim Form

索赔申请人应正确详细填写此申请表，并将附件所列索赔所需的文件于索偿事由发生 30 天内交回保单签发机构
Please complete this form accurately and return with the supporting documents within 30 days after the occurrence of the claimed condition to the insurance company.
视索赔性质及金额，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。
Further documents may be requested depending on the nature and extent of the claim. Separate forms must be used for different claimants.

被保险人/索赔申请人资料 Insured / claimant				
保险单号码 Policy Number	(旅行险类 Travel Insurance only)行程日期 Trip period: 由 From 至 To 目的地/Destination:			
姓名 Name (被保险人 Insured/索赔人 Claimant)	性别 Sex	年龄 Age	职业 Occupation	身份证/护照号码 ID/Passport Number
通讯地址 Address	邮政编码 Postal Code	联系电话 Phone	电邮地址 Email	
理赔授权 Claim Authorization (如适用 where applicable)				
本人 _____, 谨授权 _____ (被授权人证件号/组织机构代码证号 _____) 向史带财产保险股份有限公司全权办理相关理赔手续。 I/We _____, hereby authorize _____ (Delegated person's ID number /Company code _____) to deal the claim procedure with Starr Property & Casualty Insurance (China) Company Limited on behalf of me/us.				
授权人签字 Authorized Signature:			被授权人 Delegated Signature:	

保险事故 Incident Details		
事故地点 Loss Location	事发日期 Loss Date	时间 Time
事故描述 Loss Description		
证人姓名 Witness	地址 Address	联系电话 Phone /电邮 Email
如果此次损失可向其他保险公司索赔，请说明 If this incident can be claimed through other insurance company, please state		
保险公司 Insurance company:	保险单号码 Policy number:	
索赔项目 Claim item:	申请或获赔金额 Claimed/Settled amount	

银行帐户资料 Bank Details		
赔款将通过银行转帐支付。所有索赔申请，均须填写此部分 Settlement will be credited to your account by bank transfer, please provide the following details:		
转账授权 Fund Transfer Authorization (如适用 where applicable) :		
本人 _____, 谨授权史带财产保险股份有限公司将以上保险事故的全部理赔款项划入本授权人指定的 _____ (请填写收款人或收款单位的名字) 的以下账户。收款人证件号 (或组织机构代码) : _____。		
I/We _____, hereby authorize Starr Property & Casualty Insurance (China) Company Limited to release the indemnity of above incident to the below bank account of _____ (please fill the name of payee) on behalf of me/us. Payee's ID number (company code) : _____.		
授权人签字 Authorized Signature:		收款账户所有人签字 Payee Signature:
户名 Payee Name:	开户银行(银行名/分行)Bank(Name/Branch):	账号 Account Number:

索赔项目 / 索赔资料 / 索赔金额 Claim Item/Claim Materials/Claim Amount

一般索赔资料(所有索赔均须提供)General Claim Materials (Apply to all)

1. 银行存折/银行卡复印件; Bank Passbook/card copy;
2. 被保险人、索赔人(及其监护人,如被保险人为未成年人)的身份证件复印件; ID/Passport copy of insured, claimant and Guardian (if insured is minor);
3. 被保险人与其监护人的关系证明复印件;(如适用) Certificate of relationship between insured & the guardian (if applicable);
4. 被保险人为投保团体成员的相关证明,如出差证明、劳动合同等;(团体保险必须提供) Group members qualification certificates, such as business trip certificate, labor contract and so on;(necessary for Group Insurance)
5. 被授权人、委托收款人的身份证件;(非个人对象:加盖公章的营业执照、组织机构代码证复印件)(如适用) ID copy of delegated person & payee. (Not individual: business license, organization code certificate copy with company seal.)
6. 被保险人的旅行凭证,如护照出入境盖章页、旅行交通票据、旅行住宿票据等;(仅适用旅行险) Insured's travel certificate, such as passport page with entry and exit stamp, travel ticket, travel accommodation bills and so on;
7. 保险公司所需的其它与索赔有关的证明和资料(如适用)。 Any additional certificate/materials requested by insurance company (if applicable).

√	索赔类别 Claim Category	索赔项目 Claim Item	索赔资料 Claim Materials	索赔金额 Claim Amount
	身故残疾类	身故、残疾、烧伤	<ol style="list-style-type: none"> 1. 法律法规授权的有关部门出具的意外伤害事故证明(如:警方证明); 2. 完整的门急诊、抢救、住院病历、诊断证明及相关检查报告; 3. 死亡证明书;(如在境外身故,需要提供经中国驻外使、领馆认证的死亡证明。)(身故) 4. 如死亡证明书无明确意外身故原因的,需要提供尸检报告;(身故) 5. 户籍注销证明、丧葬证明(身故); 6. 受益人的身份证及与被保险人的关系证明;(身故) 7. 继承人继承权及份额公证书原件。(身故) 8. 本公司认可的医疗机构或司法鉴定机构根据合同约定的伤残评定标准出具的《伤残鉴定书》或《烧伤鉴定书》(残疾、烧伤)。 	
		公共交通工具意外伤害	<ol style="list-style-type: none"> 1. 上述《身故保险金/残疾/烧伤》保险所需索赔文件; 2. 所搭乘交通工具的票据; 3. 所搭乘交通工具的公共交通运输营运执照; 4. 以乘客身份搭乘公共交通工具时遭遇意外事故的其他证明材料。 	
		自驾意外伤害	<ol style="list-style-type: none"> 2. 被保险人发生事故时驾驶四轮机动车的证明; 3. 被保险人驾驶证、车辆行驶证。 	
	医药补偿		<ol style="list-style-type: none"> 1. 完整的门诊、急诊、住院病历(出院小结)、诊断证明及其他相关医疗报告(包括但不限于影像学、病理学报告、手术记录等); 2. 医院签发的医药费/住院费收据、明细清单(医药补偿必须提供原件); 3. 法律法规授权的有关部门出具的意外伤害事故证明(如:警方证明);(如有) 4. 如因非急性疾病就诊,需要提供受保前的既往门急诊病历、住院病历、体检报告等; 5. 出发地、途经地或目的地的当地政府授权强制隔离命令文件或相关新闻报道(仅限传染病强制隔离安慰); 	
	重大疾病			
	医疗定额津贴	每日住院津贴		
		传染病强制隔离安慰		
		骨折生活津贴		
	旅行不便定额类	旅行延误	<ol style="list-style-type: none"> 1. 公共交通工具承运人出具的延误证明,包括事故发生日期、延误原因、延误时间及最早可供被保险人搭乘的其他公共交通工具的时间及编号;(旅行延误、航班延误) 2. 公共交通工具承运人出具的延误时间与原因的行李延误证明;(行李延误) 3. 机票/登机牌、行李牌、船票等公共交通工具票据。(更改班次的,需要提供更改前后所有公共交通工具票据) 	
		行李延误		

	旅行不便补偿类	旅行变更、取消、缩短	1. 原计划旅行行程及实际旅行行程的证明材料； 2. 导致该次旅程改变的原因的证明文件（包括但不限于：医院出具的证明、死亡证明、伤病者/死者与被保险人的关系证明、警方证明、承运人出具的延误或取消证明、中国政府或旅行预定前往地点的政府机关出具的证明等）； 3. 已支付的旅行费用正式发票/收据原件； 4. 为该次旅程预付的实际未使用且不可退还的旅行费用的证明文件或在旅行开始后为前往旅行目的地或返回日常居住地或日常工作地而额外支出的住宿、交通费用的票据和证明文件。	
		旅行天气保险		
	邮轮保障	邮轮旅行停航	1. 邮轮旅行合同、游轮购票证明或游轮船票；	
		港口停靠时间缩短	2. 邮轮公司出具的载明原因的游轮旅行不正常证明（如停航证明、停靠时间缩短证明、停靠取消证明、停靠更换证明等），或相关政府机关出具的事故证明等；	
		港口停靠取消	3. 本次邮轮旅行的相关费用发票。	
		港口停靠临时更换	4. 邮轮公司或旅行社出具的乘客预付而实际未使用且不可退还的旅行费用的证明。	
		邮轮登船保障	5. 承运人出具的载明延误时长及原因的延误证明、相关公共交通工具票据；（邮轮登船保障） 6. 为搭乘游轮继续旅行而前往下一个停靠港口所额外支出的旅行费用票据。（邮轮登船保障）	
	个人财产类	随身财产	1.	2. 损失物品清单，详细列明购买日期及金额； 3. 损失物品购买发票、收据等购买凭证； 4. 维修报价单或收据原件。（如通过维修弥补损失） 5. 酒店、承运人等其它相关部门出具的书面证明原件。（仅适用因住宿酒店或者承运人处理失当所致的损失）
		个人钱财	1. 记录事故经过和损失项目明细的当地警方证明（须事故发生后 24 小时内报警）；	2. 现金/旅行支票/汇票的来源证明，如兑换单。 3. 酒店管理部门出具的书面证明。（仅适用寄存于登记入住酒店所提供的上锁保险箱的钱财遭盗窃）
		旅行证件	2. 重置护照及旅行证件的费用发票或收据原件； 3. 为了重置护照而额外支出的住宿及交通费用发票或收据原件（不包括因为旅行证件损失而产生的间接费用，比如回国机票的改签费、重置费等）。 4. 如产生额外住宿、交通费，还需提供原定行程证明，如原定机票、酒店订单。	
		信用卡购物保险	2. 购物收据、发票原件，及商品保修文件原件； 3. 购物信用卡刷卡记录文件、月结对账单。 4. 维修报价单或收据原件。（如通过维修弥补损失）	
		银行卡盗刷保险	2. 银行卡发行机构出具的载有丢失或失窃的银行卡挂失之前的 48 小时内发生的，经被保险人申报为盗刷的提款或刷卡记录的证明； 3. 事故所在月份的银行卡对账单。	
	签证保障		1. 使领馆出具的书面拒签证明文件； 2. 签证费用的交费证明或单据原件；	
	慰问探访类	亲属慰问探访	1. 交通费票据原件；	
		雇主慰问探访	2. 住宿费用票据原件；（仅限亲属慰问探访费）	
		回国慰问探访	3. 慰问探访的原因证明（包括但不限于：住院医疗报告、事故证明、身故证明等）； 4. 探访人、直系亲属与被保险人的关系证明。	
	旅行期间家财保险		1. 法律法规授权的有关部门出具的事故证明（如：警方证明）；（如适用） 2. 事故现场照片； 3. 家财损失清单、发票；（如为入室盗窃，损失清单必须在警方证明上体现） 4. 维修发票原件、维修清单； 5. 暂住酒店或租赁房屋所支出的合理且必须的临时住宿费用发票、收据原件； 6. 证明损失的房屋是被保险人日常居住地的文件。	
	个人责任及宠物责任		1. 法律法规授权的有关部门出具的事故证明（如：警方证明）； 2. 被保险人收到的赔偿请求书、法院传票等； 3. 调解书、法院判决书、仲裁裁决书等损害赔偿证明文件； 4. 所有第三方主张损失的支持文件（包括但不限于发票或收据原件、病历、维修报告等）； 5. 被保险人向第三方支付赔偿的给付凭证原件； 6. 显示事故发生现场及第三者的财物损失或身体所受伤害的照片；	

		7. 宠物的归属权证明。(仅适用宠物责任)	
	救援类	医疗运送和送返 身故遗体送返	本项保障是由经保险人委托的救援机构或其授权代表直接安排, 无需申请理赔。如有特殊情况, 请事先联系我司。
	其他		如需索赔的项目不在以上列明指引范围, 请与我司联系确认索赔文件需求后再行申请。

保险反欺诈提示 Insurance Anti-Fraud Alert

诚信是保险合同基本原则, 涉嫌保险欺诈将承担以下责任:

Integrity is the basic principle of insurance agreements. Being involved in suspicious insurance fraud may lead to the following liabilities:

【刑事责任】进行保险诈骗犯罪活动, 可能会受到拘役、有期徒刑, 并处罚金或者没收财产的刑事处罚。保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件, 为他人诈骗提供条件的, 可被以保险诈骗罪的共犯论处。

[Criminal Liability] Anyone who is involved in insurance fraud criminal activities may be subject to criminal penalties including detention or fixed term imprisonment with fine or forfeiture. The identifiers or witnesses of the insurance accident, who provide mendacious documents intentionally or assistance to others who is involved in the insurance fraud, should be considered as accomplices in the offense of insurance fraud.

【行政责任】进行保险诈骗活动, 尚不构成犯罪的, 可能会受到 15 日以下拘留、5000 元以下罚款的行政处罚; 保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件, 为他人诈骗提供条件的, 也会受到相应的行政处罚。

[Administrative Liability] Anyone who is involved in insurance fraud activities without constituting a crime may be subject to administrative penalties including retention for no more than 15 days or fine for no more than RMB 5,000. The identifiers or witnesses of the insurance accident, who provide mendacious documents intentionally or assistance to others who is involved in the insurance fraud, may be subject to corresponding administrative penalties.

【民事责任】故意或因重大过失未履行如实告知义务, 保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。

[Civil Liability] Where the client fails to perform the obligation of telling the truth intentionally or for gross negligence, the insurance companies may not be liable for paying indemnity or insurance money.

声明、授权及签署 Declaration, authorization and signature

本索赔申请表签署人谨此声明, 以上陈述绝无虚假和隐瞒。本人明白, 史带财产保险股份有限公司 (“贵公司”) 向本人提供本表、其代表为本人填写本表格、或接受或保留任何索赔文件, 均不会影响保险合同任何条款的效力。The undersigned declare that the above statements are fully and truly made. I understand that the furnishing of this form to me, its preparation by any representative of the insurance company, or taking or retaining any claims documents, shall not constitute its waiver of any of the conditions of the policy.

本索赔申请表签署人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; 即使本人/被保险人死亡或丧失能力, 本授权仍然对本人及被保险人之继承人及受让人具有法律约束力。本授权之复印件与原件具有同等效力。

The undersigned authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic, police authority, insurance company or any other organization and institution that has any record or knowledge of me/the insured's health and medical history or any treatment, advice or accident details and that has been or may hereafter be consulted to disclose to the insurance company. This authorization shall bind me/the insured's successors and assigns and remain valid notwithstanding me/the insured's death or incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

索赔申请人签署 Signature of claimant:

监护人签署 (若索赔申请人为未成年人) Signature of guardian (if claimant is minor):

与未成年人关系 Relationship:

日期 Date:

日期 Date: