



安达保险有限公司
上海市浦东新区
世纪大道 1229 号
世纪大都会 1 号楼 801 室
邮编: 200122

Chubb Insurance Company Limited
Unit 801 Century Metropolis
No. 1229 Century Avenue
Pudong, Shanghai
200122, P.R.C.

电话/O: (86 21) 2325 6688
传真/F: (86 21) 5292 5880
服务热线/Service Hotline: 400 889 2120
www.chubb.com.cn

Chubb Individual Travel Personal Accident Insurance Claim Form 个人旅行意外伤害保险索赔申请表

索赔申请人应正确详细填写此申请表, 并连同后页所列索赔所需的文件于索赔事由发生 30 天内交至: Please complete this form as truthfully and accurately as possible, and return this with the supporting documents listed in this form below within 30 days after the occurrence to: 发送电子邮件至: ANHclaim.cn@chubb.com 或邮寄至 上海市浦东新区世纪大道 1229 号世纪大都会 1 座 801 室 (邮编: 200122) 安达保险有限公司 理赔部	Return Original Documents: 是否归还原件: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 是 否
--	---

Policy Information 保险合同资料

Name of Policy Holder: 投保人名称:	Policy No.: 保险单号码:
Identity Card No. of Policyholder: 投保人身份证号码:	

Insured / Claimant Information 被保险人/索赔申请人资料

Name of Insured: 被保险人名称:	Date of Birth (YYYY/MM/DD): 出生日期 (年/月/日):	Sex: 性别:
Identity Card No.: 身份证号码:	Occupation (state fully): 职业 (请详述):	
Contact Address 联络地址:		
Telephone /Mobile: 电话/手机:	Email: 电邮:	
If Insured is a Minor, please specify: 被保险人如为未成年人, 请注明:	Name of Guardian: 监护人姓名:	Relation to Insured: 与被保险人关系:

Bank Details 银行账户资料

理赔打款授权 Claim Payment Authorization (如适用 where applicable):

本人 _____, 谨授权安达保险有限公司将下列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。收款人身份证件号码或组织机构代码: _____。

I/We _____, hereby authorize Chubb Insurance Company Limited to release the indemnity of following incident to the below bank account of _____ (please fill the name of payee) on behalf of me/us. Payee's ID number or company business code: _____.

Authorized Signature: 授权人签字:	Payee Signature: 收款账户所有人签字:
--	---------------------------------------

Claim settlement, if any, will be credited to your account by bank transfer. Please provide the following details: 赔款将通过银行转账支付, 请仔细填写:

Account Name: 户名:	Account Number: 账号:		
Bank Name: 开户银行:	Bank 银行	Branch 分行	Sub-Branch 支行/分理处

Claim Details 索赔明细

Date of Departure: 出发日期:	Date of Return: 回程日期:
Place of Departure: 出发地:	Place of Destination(s): 目的地:

© 2016 Chubb. 本内容由 Chubb 版权所有。保障由 Chubb 旗下一家或多家子公司承保, 且并非在所有司法管辖区均有提供。Chubb®及相关标识以及 Chubb. Insured.™ 均为 Chubb 受保护的注册商标。

Chubb. Insured.™

1. Date of Loss: 事故发生日期:	Time: 时间:	2. Loss Location: 事故发生地:
-----------------------------	--------------	-----------------------------

3. Loss Description:

事故描述:

4. Witness: 证人/证明机构:	5. Address: 地址:	6. Phone/Email: 电话/电邮:
-------------------------	--------------------	---------------------------

Other Information 其他索赔信息

Are you claiming under any other Policies/Social Insurance (including employee compensation, medical and health insurance, etc.) in respect of this Accident? Yes No

对本次意外, 是否向其他保险/社会保险索赔(包括工伤、医疗保险等)?

是 否

If yes, please specify: 如有, 请说明:	Name of Insurance Company: 保险公司/机构名称:	Policy Number: 保险单号:
	Claim Item: 索赔项目:	Claimed / Settled Amount: 索赔/已赔付金额:

Claim Item and Supporting Documents Required 索赔项目, 所需理赔资料

All Claims 所有索赔

1	保险合同或投保单复印件; Copy of insurance policy / certificate;
2	被保险人签名的身份证件复印件或护照或其他身份证明材料及出入境记录(未成年人需提供出生证明复印件、监护人身份证件复印件和监护人银行卡复印件); Copy of claimant's identity card or passport or other identification documentation with signature and movement records (If claimant is a Minor, copy of birth certificate, guardian's identity card, bank card);
3	被保险人签名的银行存折或银行卡复印件; Copy of claimant's bank book or bank card with signature;

A: Personal Accident and Disease 人身意外、疾病相关

意外身故 Accidental Death	1. 医院、公安部门或保险公司认可的死亡证明, 验尸报告或其他相关类似证明原件; 2. 被保险人的户籍注销证明或其他相关类似证明复印件; 3. 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复印件;
急性病身故 Acute disease death	4. 继承人继承权及份额证书原件。 5. 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);
公共交通意外伤害双倍给付 Common Carrier Accidental Death and Dismemberment	1. 上述“意外身故”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运营执照; 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。
意外残疾、烧伤 Accidental Disability & Burn	1. 完整的门、急诊病历原件, 或主诊医生的诊断证明原件(包括但不限于影像学、病理学报告、手术记录等); 2. 医院/认可注册医生所签发的医药费收据原件(若仅申请每日住院现金津贴, 则复印件即可); 3. 出院小结及住院清单原件; 4. 医院出具的所有检查报告单原件; 5. 本公司认可的医疗机构或司法鉴定机构根据保险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)原件; 6. 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)
紧急医疗费用补偿 Medical Expenses Reimbursement	1. 完整的门、急诊病历原件, 或主诊医生的诊断证明原件(包括但不限于影像学、病理学报告、手术记录等);
每日住院现金津贴 Hospital Income	2. 医院/认可注册医生所签发的医药费收据原件(若仅申请每日住院现金津贴, 则复印件即可); 3. 出院小结及住院清单原件; 4. 医院出具的所有检查报告单原件; 5. 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)
医疗运送及医疗送返 Medical Evacuation & Repatriation 身故遗体送返及丧葬费用 Body Remains Repatriation & Funeral Fee	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。倘若在紧急医疗情况下, 被保险人出于无法通知支援服务公司, 自行安排送返, 保险公司将根据投保人选择的保险计划及在相同情况下由保险人委托的救援机构提供或安排服务所需要的合理的费用进行评估。

家属紧急旅行费用 Hospital Visit	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医院出具的所有对被保险人的检查报告原件； 2. 医院、公安部门或保险公司认可的死亡证明，验尸报告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复印件； 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复印件； 5. 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） 6. 被保险人的一名成年直系亲属前往被保险人所在地的交通及食宿费用收据原件。
B: Property Damage 财产损失类	
现金盗抢损失 Theft and burglary of money	<ol style="list-style-type: none"> 1. 当地警方报告及有关酒店或承运人管理部门出具的书面证明文件原件； 2. 现金、旅行支票、汇票的来源证明原件。
随身财产损失 Personal belongings	<ol style="list-style-type: none"> 1. 当地警方报告原件； 2. 酒店或承运人管理部门书面证明物件遗失或损毁原件；
已交运行李损失 Checked Baggage Loss	<ol style="list-style-type: none"> 3. 财产损失清单（包括原购买收据或发票原件），详细列明购买日期及金额； 4. 维修报价单或收据原件，如无法修复，重新购置发票或收据原件。
证件盗抢损失 Theft and burglary of Travel Documents	<ol style="list-style-type: none"> 1. 当地警方报告原件； 2. 重置旅行证件的费用发票或收据原件； 3. 由此额外支出的旅行费用及酒店住宿费用发票或收据原件。
行程变更 Travel Disruption	<ol style="list-style-type: none"> 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）；
行程中断 Travel Disruption	<ol style="list-style-type: none"> 3. 已支付的旅行费用正式发票/收据原件；
行程取消 Travel Cancellation	<ol style="list-style-type: none"> 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。
行程延误 Travel delay	<ol style="list-style-type: none"> 1. 承运人或其代理人发出关于延误时间及原因的书面证明原件；
行李延误 Checked Baggage Delay	<ul style="list-style-type: none"> - 行程延误：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； - 行李延误：行李异常申报单、承运人出具的延误时间与原因的行李延误证明、行李签收凭据； <ol style="list-style-type: none"> 2. 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）
旅行家居保障 Travel Home Contents	<ol style="list-style-type: none"> 1. 财产损失清单及发票原件； 2. 维修报价单或收据原件； 3. 警方，消防部门或其他有关部门出具的书面证明文件原件。
C: Others 其它	
个人责任 Personal Liability	<ol style="list-style-type: none"> 1. 警方的证明文件(如有)原件； 2. 判决书、裁决书或调解书(如有)原件； 3. 赔偿协议原件(如有)； 4. 赔偿给付凭证原件； 5. 第三者及证人的姓名及联系方式。 6. 显示意外发生现场及第三者的财物损失或身体所受的伤害的照片原件(如有)。
绑架及非法拘禁 Kidnap and False imprisonment	<ol style="list-style-type: none"> 1. 当地警方、使领馆或有关当局出具的注明被保险人被绑架或非法拘禁日数的书面证明； <p>若被保险人于绑架或非法拘禁过程中死亡，由被保险人的法定继承人申请索赔，并向本公司提供下列证明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 若被保险人为死亡，保险金申请人应提供政府有关机构出具或认证的被保险人死亡证明或尸检报告或人民法院出具的宣告死亡证明文件； 3. 如被保险人在境外身故的，需要提供中华人民共和国驻所在国使、领馆或保险事故发生地政府有关机构出具或认证的被保险人死亡证明或尸检报告； 4. 有关政府机构出具的该法定继承人与被保险人的关系证明；
签证拒签 Visa Rejection	<ol style="list-style-type: none"> 1. 签证费用发票或相关票据证明； 2. 拒签证明； 3. 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

Important Note 重要提示

A) Please report the loss/damage to the insurer and the police (if any criminal offence is suspected / traffic accident occurs) or Fire Brigade (for fire loss) immediately after an accident occurrence as soon as practicable;

当意外发生，尽可能立刻向保险人、警方（如有违法犯罪行为嫌疑/交通事故）、消防部门（如果发生火灾）报告损失或损坏；

B) A claim should be made in writing against any person or organization who may be liable to the insured because of loss or damage to which this insurance may also apply. Do not admit liability, assume any obligation, make offer or payment.

若事故由第三方引起，请保留追究第三方责任的权利，切勿主动承担责任或达成和解；

Anti-Fraud Warning, Declaration and Authorization/反保险欺诈提示, 申明及授权

Good faith is the basic principle of insurance contracts. Fraudulent insurance activities may result in the following liabilities: 诚信是保险合同基本原则, 涉嫌保险欺诈将承担以下责任:

【Criminal】Fraudulent insurance activities may result in criminal sentence of criminal detention, and fine or confiscation of property. Surveyors or appraisers of insurance accidents, who facilitate others to commit fraud by intentionally providing false evidence, may constitute accomplices of insurance fraud.

【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, 以保险诈骗罪的共犯论处。

【Administrative】Fraudulent insurance activities which do not constitute a crime may be punished by administrative penalties of detention up to 15 days and/ or a fine up to 5000 RMB. Surveyors or appraisers of insurance accidents, who facilitate others to commit fraud by intentionally providing false evidence, may also be subject to corresponding administrative penalties.

【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。

【Civil】If the insurance applicant fails to perform his information disclosure obligations intentionally or due to gross negligence, the insurance company shall be exempt from the obligations of paying the insurance compensation.

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

The undersigned hereby declare that I have read and acknowledged the above Anti-Fraud Warning, and I/We declare that all the aforesaid statements are true with no false and omission. I/We understand that the acceptance of this form is not in itself an admission of liability on the part of the Company.

本索赔申请表签署人(等)声明我/我们已经阅读并知晓《反保险欺诈提示》, 以上均为真实陈述。本人/被保险人了解保险公司接受此索赔书并不代表承认其保险赔偿责任。

The undersigned hereby authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic, police authority, insurance company or any other organization and institution that has any record or knowledge of my / 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 or its authorized representatives such information, also authorize the Insurance company to disclose the relevant information obtained to any third party (within or outside of China) for the purpose of claim handling. This authorization shall bind my / the Insured's successors and assigns and remain valid notwithstanding my / 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.

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, 亦同意贵公司基于处理理赔需要向第三方披露本人的相关信息资料, 前述授权同意不得撤回, 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。

Signature of Claimant:

索赔申请人签署:

Signature of Guardian (If claimant is under the age of 18):

监护人签署 (若索赔申请人为未成年人):

Date:

日期

Date:

日期