

安联乐享人生索赔申请表

请详细填写此表，并连同所列索赔文件于索赔事由发生后 30 天内交到保险公司。根据案情需要，本公司有权要求进一步提供文件和资料。

被保险人（索赔申请人）资料

保险单号码	姓名	性别/年龄	身份证/护照号码
联系电话	电邮地址	通讯地址/邮编	
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： _____			

银行账户资料 赔款将通过银行转账支付，请务必详细填写！

户名	开户银行（必须填写开户行所在的省和市）	账号
----	---------------------	----

申请赔偿事由

事故发生地点	事故发生日期/时间		
请详细描述申请赔偿事由			
证人姓名	地址	联系电话	
如果此次损失可向其他保险公司索赔，请说明：			
保险公司	保险单号码	索赔项目	索赔/已赔付金额

索赔项目	请勾选 (✓)	索赔项目	请勾选 (✓)	索赔项目	请勾选 (✓)
1. 意外身故、残疾及烧烫伤		7. 重大疾病保障		13. 每日住院津贴	
2. 意外医疗或住院医疗		8. 重大疾病二次医疗诊断服务		14. 重症监护每日住院津贴	
3. 电话医生服务		9. 紧急医疗运送和送返		15. 儿童绑架勒索每日津贴	
4. 儿童公共场所个人责任		10. 儿童走失慰问金		16. 意外面部整容保障（女士专用）	
5. 航空意外伤害		11. 公共汽车（出租车）意外伤害		17. 女性重大疾病保障（女士专用）	
6. 自驾车意外伤害		12. 轨道交通（火车、地铁、轻轨）意外伤害		18. 轮船意外伤害	

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，以上陈述绝无虚假和隐瞒。我（等）明白保险合同的各项规定，不因安联财产保险（中国）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受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。

本人同意安联财产保险（中国）有限公司为遵守相关法律（包括但不限于中华人民共和国的法律）的要求，而向第三方披露本人的信息资料，但仅限于法律的最低要求。

索赔申请人签署： 日期：	监护人签署（若索赔申请人为未成年人）： 日期：
---------------------	--------------------------------