

邮寄地址:

邮件地址: Claims.service@allianz.com

北京市朝阳区姚家园南路 1 号惠通时代广场 7 号楼 A 区 5 楼 邮编:100025

为了尽快处理您的索赔要求, 请确保本索赔表所有相关部分完整填写与所有索赔申请相关资料一并邮寄给我们。每一位索赔的被保险人应根据相关保单要求完整填写一份单独的申请表。

请用正楷体书写。请将所有发送给我们的文件保留复印件以作记录。

请注意, 您所有填写本申请表和提供必要证据支持您的索赔所产生的相关费用应由您自己承担。本保险所提供的赔偿不包括因提供证据或翻译而产生的相关费用。

第一部分 - 被保险人信息

申请号码: _____
(由安联世合填写)

1. 保单号码: _____
2. 被保险人姓名: _____ 护照/身份证号: _____
3. 出生日期: ____/____/____ 职业: _____
4. 索赔申请人的通讯地址: _____ 邮编: _____
5. 电话 (家里/工作): _____ 电话 (手机): _____ 电子邮箱: _____
6. 旅行安排预定日期: ____/____/____ 出发日期: ____/____/____ 返回日期: ____/____/____
7. 您之前是否就旅行保险做出过索赔申请? 是 ☐ 否 ☐
如果是, 请提供准确的索赔信息 (日期/金额/索赔类型/相关保险公司): _____
8. 您可以通过其他渠道理赔吗? 是 ☐ 否 ☐
如果是, 请提供信息: _____

第二部分 - 医疗费用索赔

1. 事件发生日期: ____/____/____ 时间(上午/下午): _____ 地点(城市/国家): _____
2. 请详述与索赔有关所得疾病或所受伤害的详细性质: _____

3. 您曾经是否住院治疗或被建议住院治疗? 是 ☐ 否 ☐ 如果是, 请填写下表 (若内容太多, 请另附一页详述)

医院名称	住院日期	出院日期	住院号	诊断	治疗详情

4. 您身体是否曾经出现不适从而导致以下情形之一: a) 接受 7 天以上的治疗 b) 因病中断一周以上的工作或学习 c) 特殊治疗 (如放化疗、透析等)? 是 ☐ 否 ☐ 如果是, 请详细描述: _____
5. 您近期是否接受过治疗或被建议治疗? 是 ☐ 否 ☐ 如果是, 请说明相关治疗: _____
6. 请提供本次海外治疗的详细信息:
医院/诊所名称: _____ 地址: _____
主治医师姓名: _____ 治疗内容: _____
7. 是否之前发生过上述疾病或伤害 (在该情况发生前) 是 ☐ 否 ☐
如果是, 请提供详细信息(日期/地点/治疗内容) _____
8. 请逐项提供您要求赔偿的所有医疗费用:

花费说明	医院/医生名称	货币	索赔金额
索赔医疗费用的总额:			

第三部分 - 每日住院现金补助索赔 (二十四小时为一天)

1. 住院日期: ____/____/____
2. 出院日期: ____/____/____
3. 住院天数: _____

第四部分 - 未成年子女住院陪同索赔

1. 子女住院信息:

国家	医院名称	住院日期	出院日期	诊断

2. 医生是否建议陪同: 是 ☐ 否 ☐

3. 您的陪同费用 (累计以五天为限), 货币单位:

第一天	第二天	第三天	第四天	第五天	合计

第五部分 - 支持您索赔的额外信息或陈述

如果您的索赔要求不包括在本索赔表中, 请在下列空白处中提供:
我们建议您联系我们以获得对于您索赔的支持文件的相关建议。

.....

.....

.....

第六部分 - 支付清单和索赔支付声明

请指出您的银行转账信息 (不支持中国邮政储蓄的转账)。

注意账户必须为索赔人本人信息, 所有索赔将不会以现金形式支付。

银行及分支名称 (分支信息请具体到市):

帐户名称 (必须是索赔人本人): 帐号:

在签名及日期之前, 请仔细阅读下列声明:

本人 (索赔人) 声明本索赔表中所有陈述和细节均为真实正确。

本人 (索赔人) 知悉与本索赔相关的个人信息将被本保险的承保人或其代理人提供给和获得于其他保险公司和 / 或机构。

本人授权承保人及其代理人从其他相关个人、警局、医疗机构等索取与本次理赔相关的信息和文件。

索赔人签名:

日期:/...../.....