

邮寄地址:

北京市朝阳区东三环北路 19 号中青大厦 16 层 邮编: 100020

理赔热线: 400 082 0100 传真: 010 - 8535 5535

邮件地址: Claims@allianz-assistance.com.cn

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

1. 保单号码:
2. 被保人姓名: 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:

申请号码:
(由蒙迪艾尔填写)

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 - 个人随身财物(丢失/破损)索赔

1. 事件发生日期:/...../..... 时间 (上午/下午): 地点(城市/国家):
2. 请准确告知(详细)已发生的情况(如无足够空间, 请另附信详述)
.....

3. 请告知所采取的用来挽回损失物品的行为(如有):
.....

4. 警察局或相关政府部门是否在 24 小时内被告知? 是 否 如果是, 请列出名称: 地点:
如果否, 原因:

5. 您是否已从您的旅行/旅游代理人收到丢失或破损物品的赔偿? 是 否
如果是, 请提供代理人的名称和赔偿金额:

6. 请逐项列出您索赔的所有损失/伤害项目(请注明货币形式)

损失/伤害财物的完整说明	原始价格	购买日期和地点	索赔金额
索赔总金额			

第四部分 - 行李延误, 旅行延误和/或转机延误的索赔

- 请指出索赔类型:
行李运送延误 旅行延误/转机延误
预计出发/到达时间: 实际出发/到达时间:
- 请告知航班/火车的班次:
- 请提供延误理由(由航运公司代表出具):
- 您是否从其他机构收到过任何形式的延误补偿? 是 否
如果是, 请告知机构名称和金额:
- 如果您错过您旅行的中转, 您是否发生了任何额外的夜宿费用 (航空/火车公司将补偿的任何费用不应包括在内) 是 否 如果是, 请提供费用相关的详细信息

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/分支名称: 账户开户时间:
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: / /