



雇员意外 / 雇主责任保险索赔申请表

索赔申请人应正确详细填写此申请表，并将后页所列索赔所需的文件于索赔事由发生 30 天内交回，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。
 请选择你的保单购买地：默认理赔服务地址

广东省广州市越秀区北京路 374 号之二瑞安广州中心 9 楼 01-04 单元，06-08 单元，邮编：510030
 美亚保险中国区理赔中心
 电话：4008208858/020-83939289
 传真：+8620 - 2882 5818

被保险人 / 雇主资料

被保险人名称		保险单号码
联系人	联系电话	电子邮件
通讯地址 及 邮编		传真号码

保险经纪人 / 代理人资料

公司名称		
联系人	联系电话	电子邮件
通讯地址 及 邮编		

被保险人银行账户资料 (请详细填写, 以确保赔款及时到帐!)

户名:	帐号:
银行:	银行地址: 省 市

出险雇员资料

姓名	身份证号码	本人联系电话
职务/工种	雇佣日期	过去十二个月或整段受雇期间 (若少于十二个月) 平均工资, 包括加班工资、经常性之额外津贴或奖金: 人民币 ¥/ 每月

出险经过 / 伤害程度

出险日期	时间	地点
请详述出险原因和经过		
伤害程度: 受伤 <input type="checkbox"/> / 死亡 <input type="checkbox"/> 是否涉及伤残: <input type="checkbox"/> 伤情描述:		

索赔金额 / 证明文件 (请√出随附索赔文件。视案情需要, 贵司可能还须提供其它证明文件。)

索赔金额: 仅索赔医药费: <input type="checkbox"/> 索赔项目: <input type="checkbox"/> 病历原件 份; <input type="checkbox"/> 医疗收费票据原件 张; 共 元 <input type="checkbox"/> 病假单原件 份; <input type="checkbox"/> 检查报告 份;	<input type="checkbox"/> 住院清单 页; <input type="checkbox"/> 出院小结 份; <input type="checkbox"/> 劳动能力鉴定结论 份; <input type="checkbox"/> 工伤认定书 份; <input type="checkbox"/> 受伤部位照片 张; <input type="checkbox"/> 其它 (请填写):
--	--

反保险欺诈提示

诚信是保险合同基本原则，涉嫌保险欺诈将承担以下责任：

【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。

【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。

【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。

声明及签署

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，且已阅读并知晓以上《反保险欺诈提示》。

我/我们明白美亚财产保险有限公司并不因提供或接受本索赔申请表而承认其责任，或因之而放弃保险合同项下所应有之权利。

本人同意美亚财产保险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。

被保险人签章：

日期：