

郵寄地址：

理賠熱線：800 969 550(香港本地撥打免費)

香港港島東太古城太古灣道12號太古中心四座4樓403-11室

傳真：+8610-85355535 電子郵箱地址：claims@allianz-assistance.com.cn

為了儘快處理您的索賠要求，請確保完整填寫本索賠表內所有相關部分，並與所有索賠申請相關資料一併郵寄給我們。每一位索賠的被保險人應根據相關保單要求完整填寫一份獨立的申請表。

請用正楷體書寫。請將所有寄送給我們的文件保留影印本以作記錄。

請注意，您所有由於填寫本申請表和提供必要證據支持您的索賠所產生的相關費用應由您自己承擔。本保險所提供的賠償不包括因提供證據或翻譯而產生的相關費用。

第一部分 - 被保人個人資料

申請號碼：.....
(由安援救援填寫)

- 保單號碼：.....
 - 被保人姓名：..... 護照號：.....
 - 出生日期：...../...../..... 職業：.....
 - 索賠申請人的通訊位址：.....
 - 電話(家裏/工作)：..... 電話(手機)：..... 電子郵箱：.....
 - 您之前是否就旅行保險做出過索賠申請？ 是 否
- 如果是，請提供準確的索賠信息(日期/金額/索賠類型/保險公司)：.....
- 您可以通過其他方式申請理賠嗎？ 是 否 如果是，請提供信息：.....

第二部分 - 醫療費用索賠

- 事件發生日期：...../...../..... 時間(上午/下午)：..... 地點(城市/國家)：.....
- 請詳述與索賠有關所得疾病或所受傷害的詳細性質：.....

- 您是否曾經住院治療或被建議住院治療？ 是 否 如果是，請填寫下表(若內容太多，請另附一頁詳述)

醫院名稱	住院日期	出院日期	住院號	診斷	治療詳情

- 您身體是否曾經出現不適從而導致以下情形之一：a) 接受7天以上的治療 b) 因病中斷一周以上的工作或學習 c) 特殊治療(如接受化療、透析等)？ 是 否 如果是，請詳細描述：.....
 - 您近期是否接受過治療或被建議治療？ 是 否 如果是，請說明相關治療.....
 - 請提供本次治療的詳細信息：
醫院/診所名稱：..... 治療內容：.....
 - 是否之前發生過上述疾病或傷害(在該情況發生前) 是 否
- 如果是，請提供詳細信息(日期/地點/治療內容).....
- 請逐項提供您要求賠償的所有醫療費用：

費用說明	醫院/醫生名稱	貨幣	索賠金額

索賠醫療費用的總額：

第三部分 - 每日住院現金津貼索賠(二十四小時為一天)

住院日期：...../...../.....

出院日期：...../...../.....

住院天數：.....

第四部分 - 行李延誤、旅行延誤和/或轉機延誤的索賠

- 請指出索賠類型：
行李運送延誤 旅行延誤/轉機延誤
預計到達日期/時間：..... 實際到達日期/時間：.....
 - 航班/火車班次：..... 延誤理由：.....
 - 您是否從其他機構收到過任何形式的延誤補償？ 是 否
- 如果是，請告知機構名稱和金額：.....
- 如果您錯過您旅行的中轉航班，您是否由此產生了任何額外的夜宿費用(航空/火車公司將補償的任何費用不應包括在內)
是 否 如果是，請提供費用相關的詳細資訊.....

第五部分 – 個人隨身財物(丟失/破損)索賠

1. 事件發生日期: ____/____/____ 時間 (上午/下午): _____ 地點(城市/國家): _____
 2. 請準確告知(詳細)已發生的情況(如無足夠空間, 請另附信詳述)

3. 請告知用于挽回損失物品所採取的行為(如有):

4. 警察局或相關政府部門是否在 24 小時內被告知? 是 否 如果是, 請列出名稱: _____ 地點: _____
 如果否, 原因: _____

5. 您是否已從您的旅行社/旅遊代理人收到丟失或破損物品的賠償? 是 否

如果是, 請提供賠償方的名稱和賠償金額: _____

6. 請逐項列出您索賠的所有損失/損壞項目(請注明貨幣形式)

損失/損壞財物的完整說明	原始價格	購買日期和地點	索賠金額
索賠總金額			

第六部分 – 旅程縮短/旅程取消索賠

1. 請指出索賠類型: 旅程縮短 旅程取消

2. 旅程縮短/取消時間: _____ 原因: _____

3. 索賠項目: (請注明貨幣形式)

專案說明	原始價格	預付時間	索賠金額
索賠總金額			

第七部分 – 支持您索賠的額外資訊或陳述

如果您的索賠要求不包含在本索賠表中, 請在下列空白處中提供:

我們建議您聯繫我們以獲得對於支持您索賠的文件的相關建議。

在簽字及填寫日期之前, 請仔細閱讀下列聲明:

本人(索賠人)聲明本索賠表中所有陳述和細節均為真實正確。

本人(索賠人)知悉與本索賠相關的個人資料將被本保險的承保人或其代理人提供給和獲得於其他保險公司和/或機構。

本人授權承保人及其代理人從其他相關個人、警局、醫療機構等索取與本次理賠相關的資訊和文件。

索賠人簽字: _____

日期: ____/____/____