



If the insured has passed away 如被保险人身故	Has the cause of death been determined? Yes (please attach the death report) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 是否已检验死因? 是 (请附报告) 否		
Details of treatment 治疗详情	Dates on which you consulted or were seen by a physician 看病日期		Period of hospitalisation From Until 住院时期 从 至
	Diagnosis/Description of illness 诊断/病情描述		
	Have you previously been treated for the same illness? 是否接受过与此相同病情的治疗? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, please state the date on which you last received treatment 如有, 请说明最后一次接受治疗的日期		
	Were you repatriated? 您是否被转运回国? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, when? 如是, 在何时?		
Medical history 病史	Name of hospital last visited in China 在中国最后一次看病的医院名称		Name of treating doctor 主治医生姓名
	Address (including postal code/city and telephone No.) 地址 (包括邮编/城市名/电话号码)		Date of hospital visit 看病日期
	Names and addresses of hospitals allowed by your public health insurance 社保医院名称及电话		
For personal liability, accidents or assaults 个人责任, 意外伤害或遭攻击	Were there any witnesses? If yes, please state name, address and contact details 有无目击者? 如有, 请说明其姓名, 地址和联系方式 Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Has a police report been compiled? If not, why not? 有无警方报告? 如没有, 为什么? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
For Personal Liability claims 个人责任理赔	Who is claiming compensation from you? Please state name, address and contact details 谁向您要求赔偿? 请说明其姓名, 地址和联系方式 What is reason for the claim against you? 向您要求赔偿的原因?		
If the third party has passed away 如第三方身故	Has the cause of death been determined? Yes (please attach the death report) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 是否已检验死因? 是 (请附报告) 否		
Other insurance 其他保险	Company _____ Policy No. _____ Has the claim been reported to this company? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 保险公司 保单号 是否在此公司申请过理赔? 有 无		
Method of payment 付款方式	Which bank account do you want the claim balance transferred to? 您希望理赔金转账至哪家银行?		
	Bank name and address 银行名称及地址	Name of account holder 户名	Bank account No. 账号
Signature etc. 签名	<p>I hereby accept that the Insurance Company or the Assistance Provider appointed by the insurance company procures information about the state of my health with a view to obtaining the information necessary for the evaluation of the insurance event and for the assessment of the claim. My acceptance comprises medical reports from the date of which the policy came into force and until the final assessment date of the benefit, and any other supplementary medical records that may be deemed necessary by the Insurance Company or the Assistance Provider for the purpose of evaluating insurance event or assessing claims. The reports can be procured from the health care sector, hospitals and healthcare institutions, public authorities, insurance companies and pension funds. Other insurance companies, pension funds and other authorized persons within the health care sector, involved in the case, are allowed to become acquainted with the medical records procured. I hereby authorize the Insurance Company via its appointed Assistance Provider ERV (China) Travel Service and Consulting Ltd. to act on my behalf and settle payments directly with hospitals, clinics and other service providers. By this authorization I furthermore accept that the insurance payments for said services will be paid directly from the Insurance Company via the Assistance Company to the service providers. I declare that the above information is truthful and complete and has been entered in good faith.</p> <p>本人在此同意, “保险公司”或其指定的“救援服务公司”为评估本人保险事宜及核定保险索赔之目的, 有权获得有关本人健康状况的信息, 包括自保单生效之日起至保险权益的最终核定之日止的医疗记录, 及“保险公司”或其指定的“救援服务公司”在评估、核定过程中认为必要的其他补充性医疗记录。记录可从医疗部门、医院、医疗机构、公众权威机构、保险公司和养老金那里获得。 其他保险公司、养老金、医疗部门及其他经授权人士, 凡与本人保险事宜有关的, 亦有权了解所取得的医疗记录。 本人在此授权“保险公司”经其指定的“救援服务公司”即“欧乐旅行援助(北京)有限公司 ERV (China) Travel Service and Consulting Ltd.”代表本人直接与医院、诊所、和其他服务机构进行交涉并直接付款。在此授权中, 本人进一步同意, 有关该等服务的保险付费, 将由“保险公司”经“救援服务公司”直接支付给服务机构。 本人声明, 上述信息真实、完整, 且以诚信原则提供。</p> <p>Applicant's signature _____ Date _____ 申请人签名 日期</p>		



理赔所需资料

各项保险责任均需提供索赔资料		保险金申请书 被保险人身份证或护照复印件 保险金申请人的身份证明；如非本人申请，与被保险人的关系证明/被保险人授权书 被保险人出入境记录 携程旅游度假产品确认单 旅行交通票据（如机票、车票等）、酒店住宿票据、旅游团费单据等旅行凭证 与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料
意外伤害保障	意外身故	公安部门或医疗机构出具的被保险人死亡证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供 <u>人民法院</u> /大使馆出具的宣告死亡证明文件 户籍注销证明 丧葬火化证明 有关部门出具的意外事故证明 受益人身份证明 受益人与事故者关系证明 受益人资格确认表
	意外残疾	二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的残疾鉴定诊断书（鉴定标准按照保险条款所附残疾程度给付比例表或三度烧烫伤给付比例表） 有关部门出具的意外事故证明
	高风险运动	被保险人与高风险运动的组织方签订的运动合同或相关凭证如门票等 高风险运动的组织方或公安部门出具的事故证明
交通工具意外伤害保障	意外身故	公安部门或医疗机构出具的被保险人死亡证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供 <u>人民法院</u> /大使馆出具的宣告死亡证明文件 户籍注销证明 丧葬火化证明 由承运人出具的意外事故证明 交通工具的商业运营证明 受益人身份证明 受益人与事故者关系证明 受益人资格确认表
	意外残疾	二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的残疾鉴定诊断书（鉴定标准按照保险条款所附残疾程度给付比例表或三度烧烫伤给付比例表） 由承运人出具的意外事故证明 交通工具的商业运营证明
疾病身故保障	疾病身故	门急诊病历 住院病史和死亡小结 公安部门或医疗机构/大使馆出具的被保险人死亡证明书 户籍注销证明 丧葬火化证明 受益人身份证明 受益人与事故者关系证明 受益人资格确认表
	意外医疗保障	门急诊病历 住院病历和出院小结 医疗费用收据原件 医疗费清单 病理/血液/影像检查报告、处方笺等的原件 有关部门出具的意外事故证明
意外住院津贴保障	意外住院津贴保障	住院病历和出院小结 医疗费用收据 有关部门出具的意外事故证明
	航班延误/托运行李延误	航空公司出具的关于延误和延误时间的正式书面证明文件 登机牌、托运行李手续牌及行李接收确认单
物品保障	随身/托运行李物品损失	航空公司出具的物品损坏或遗失事故证明原件及物品损失清单 发生第三方盗窃、抢劫案件的，警方出具的报案证明及丢失物品清单 物品购买发票原件或其它有效的购货凭证，损坏行李的修理费用发票
	旅行证件损失	法经营的承运人、酒店作为财产保管方出具签章的书面证明文件，包含对事故的原因、经过、损失情况的证明 重新补办旅行证件的成本、手续费的费用单据原件 额外支出的交通费用及酒店住宿费用的发票或收据原件
	个人钱财	发生第三方盗窃、抢劫案件的，警方出具的报案证明 被保险人的现金、旅行支票、汇票的来源证明（如兑换单等） 酒店管理部門、公安部门或警察局出具的书面证明文件及损失物品清单
	银行卡盗刷	公安部门或警察局出具的书面证明文件 银行出具的盗刷明细和损失证明
	ATM 提款抢劫	公安部门或警察局出具的书面证明文件 银行出具的损失当月的银行卡对账单及损失证明，ATM 机取款凭证
绑架和非法拘禁		使馆/公安部门或警察局出具的书面证明文件
家庭财产损失		警方出具的被保险人的家庭财产遭受第三方犯罪行为的损失证明 消防部门出具的被保险人的家庭财产遭受火灾/爆炸的损失证明 当地政府机关出具的家庭财产遭受自然灾害事故的损失证明 当地社区管理机构或居委会出具的被保险人的家庭财产遭受自来水管/下水管道/暖气管道（含暖气片）突然破裂等事故的损失证明及损失物品明细 损失物品发票
旅行者个人责任		受害人向被保险人提出索赔的相关材料 造成受害人人身伤害的，应包括：受害人的病历、诊断证明、医疗费等医疗原始单据；受害人的人身伤害程度证明；受害人伤残的，应当提供具备相关法律法规要求的伤残鉴定资格的医疗机构出具的伤残程度证明；受害人死亡的，公安机关或医疗机构出具的死亡证明书； 造成受害人财产损失的，应包括：损失、费用清单 被保险人与受害人所签订的赔偿协议书或和解书；经判决或仲裁的，应提供判决书或仲裁裁决文书