

个人意外伤害保险理赔须知

尊敬的客户：您好！

感谢对亚太财险的信任与支持；若您需要向我司进行索赔，为保证您的理赔申请能及时有效地处理，特提请注意以下事项：

发生保险范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人请于 48 小时之内通知我司，并电话告知事故发生的时间、地址、原因、就诊医院、治疗情况等信息，通知方式为拨打 7*24 小时客服专线 95506，因不可抗力导致的报案延迟除外；

请在符合保险合同约定的医院就诊，并建议在治疗期间提醒主管医生使用当地社会医疗保险规定目录范围内的检查治疗项目或药品；

被保险人治疗结束或事故处理完毕，请完整填写索赔申请书并签名，与保险索赔所需资料一并提交到我司网站；

为提升用户体验，节省被保险人索赔时长，特约定支持总索赔金额在 1000 元及以下意外伤害医疗费用理赔申请走线上流程，无需再致电 95506 客服。

具体方式：将索赔单据以扫描件格式通过邮件发送到【 yangwen@apiins.com 】，免除索赔纸质单据邮寄。

邮件主题格式：被保险人姓名-亚太金典综合意外保障计划-理赔申请

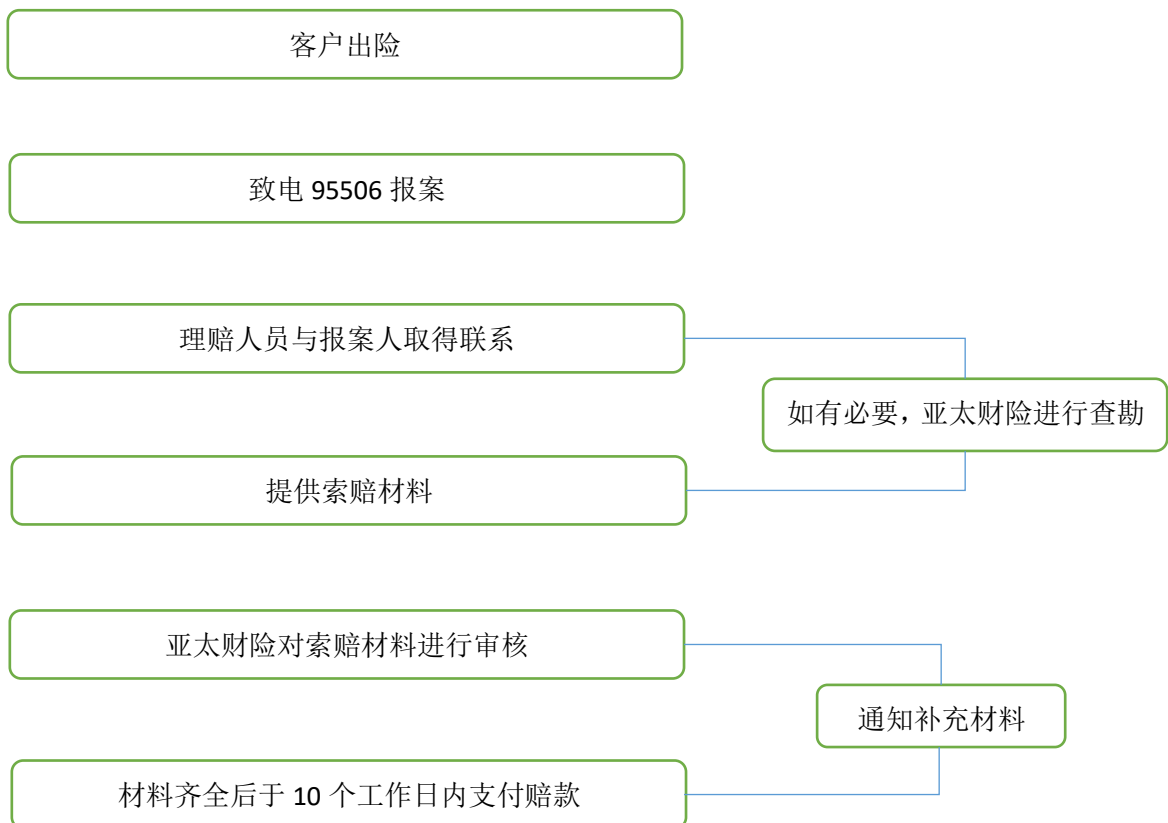
（请在邮件内容中备注保单号、被保险人姓名，谢谢）

1、需在医药费收据原件盖收费戳处用水笔手写：【已申请亚太财险理赔】字样。

2、特殊情况：理赔审核单据时对相关材料产生疑义，索赔者应协助提供纸质单据。

关于保险索赔的疑问，可咨询我司客服专线（021）68877219 转 119 分机(工作时间)，我司将为您提供详细解答；

理赔流程图



索赔所需材料

应备资料	意外身故	意外残疾	医疗	住院津贴
理赔申请书（原件）	✓	✓	✓	✓
被保险人身份证（复印件）	✓	✓	✓	✓
病历（原件/复印件）			✓	✓
医疗费用收据（原件）			✓	
用药清单（原件/复印件）			✓	
出院小结/出院证明（原件）			✓	✓
住院清单（原件）			✓	✓
事故证明（原件）	✓	✓	✓	✓
医学死亡证明书（原件/复印件）	✓			
法院/医院/公安机关出具的宣告死亡证明文件（原件/复印件）	✓			
尸体检验证明（原件/复印件）	✓			
户口注销证明（原件/复印件）	✓			
火化/丧葬证明（原件/复印件）	✓			
残疾鉴定证明（原件）		✓		
受益人身份证正反面（复印件）	✓			
受益人与出险人关系证明（原件）	✓			
影像学报告（原件）		✓	✓	✓
病理检验报告（原件）		✓	✓	✓
其他投/被保险人所能提供的材料				

注：

- 1、含首次就诊记录及与发票日期对应的所有门诊病历、住院病历的入院记录及出院小结；未住院的仅提供门诊病历。申请住院津贴的还需提供医嘱单和护理记录；申请身故、伤残项目需提供手术记录；
 - 2、死亡证明：居民死亡医学证明书（非医院内死亡的，需提供法医尸检报告；宣告死亡的需要提供法院宣告死亡书）、户口注销证明、殡葬证明，上述证明材料需验证原件，收取复印件；
 - 3、意外事故证明包括：因公受到伤害的需提供单位证明；因交通事故伤害的，需提供交通事故认定书；如被保险人驾驶机动车出险的需提供驾驶证、行驶证；因民事、刑事损害导致受伤的提供公安机关证明、法院判决书等；旅行等意外伤害由旅游地风景管理部门、旅行社或公安机关等提供事故证明；申请前已经涉及法律诉讼的死亡案件，应提交法院判决书；
 - 4、申请伤残鉴定的，由具有相应资质的司法鉴定机构或医疗执业机构出具正式鉴定文书，请注意保单约定的申请鉴定时效及鉴定适用的标准，并于鉴定之前通知我司，由我司安排人员陪同鉴定；
 - 5、受益人身份证明和受益人与被保险人关系证明，如户籍证明、结婚证明、公安部门出具的关系证明等；如受益人先于被保险人死亡的，需提供当地派出所或居（村）委会出具的相关证明；
 - 6、为保证保险金受领的安全性，请提供转账至被保险人银行账户；
 - 7、保险条款中对职业类别有明确约定的，应该提供被保险人职业证明（单位证明或工作证或执业证明或工资表）；
- 以上资料供参考，具体以我司签发的保险单及保险条款为准。

人身意外险索赔申请书及赔款收据

保单基本资料				
保单号码		理赔号码	(本栏保险公司填写)	
投保人名称		保险期间	年 月 日 至	年 月 日
出险被保险人基本资料				
被保险人姓名		出生日期	性 别	联系电话
被保险人身份证号		被保险人现住址		
索赔人基本资料				
索赔人姓名		索赔人身份	<input type="checkbox"/> 投保人(代表) <input type="checkbox"/> 被保险人(代表) <input type="checkbox"/> 身故受益人(代表)	
索赔人身份证号		索赔人联系电话		
索赔人联系地址		联系地址邮政编码		
案情说明				
出险时间	(公历)	年 月 日 时 分 (请用24小时制)	出险地点	
被保险人现状	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗后已出院 <input type="checkbox"/> 其它:			
事故发生详细经过			身故	
			残疾	
			重疾	
			医疗	
			津贴	
			其他	
			总计	
索赔人声明和授权				
1. 本人/我们/兹声明上述所填报以及本人提供的一切资料均完全属实, 如有虚假或隐瞒实情, 贵保险公司有权拒付保险金并依法追究法律责任。				
2. 本人授权 <u>亚太财产保险有限公司及其分支机构</u> 可向任何医院及知情的单位和个人核实出险被保险人的一切有关身体健康或与保险事故相关的真实资料和信息。本授权书的复印件与正本均有同等效力。				
3. 本人/我们声明及同意或已获被保险人授权并同意本人/我们作出上述授权。				
索赔人签字(盖章):		年 月 日		
赔款收据以及责任解除书				
本人/本公司兹确认同意接受 <u>亚太财产保险有限公司及其分支机构</u> 对上述赔案的处理结果, 并同意下述赔款金额作为上述赔案的最终赔偿金额。				
本人银行账户为:				
账户名称:				
银行账号: _____ 银行名称:				
本人/本公司兹确认 <u>亚太财产保险有限公司及其分支机构</u> 将上述赔案的赔款划帐至本人上述账户, 金额为人民币元。收到上述赔款后, 本人/本公司将完全放弃及解除向 <u>亚太财产保险有限公司及其分支机构</u> 之任何索偿行动。				
备注: 此《赔款收据以及责任解除书》在本人收到上述赔款后方有效。本文件复印件与正本均有同等效力。				
被保险人/法定监护人/身故受益人签名:		身份证号码:		日期: