



境外旅行保险给付申请书

保 险 险 别				附加险险别				
保 单 号 码				批 单 号 码				
投 保 单 位				地 址				
被 保 险 人	姓 名		性 别		身份证号码		电 话	
	出 险 日 期		出 险 地 点		出 险 原 因		保 险 金 额	基本险
	行 业		工 种		保 险 编 号		页 号	附加险
申 请 人	姓 名		性 别		身份证号码		电 话	
	与 被 保 险 人 关 系		住 址			申 请 给 付 金 额		
保 险 期 限		自 年 月 日零时起至 年 月 日二十四时止						

简要事实陈述及申请事项:

填写日期: 年 月 日

声明及授权:

- 本人明白本人所填写的理赔申请书, 并不代表贵公司已承诺向本人履行赔付责任。
- 本人在此申请书上所填写的全部内容均确实无讹。如有虚假, 愿承担法律责任。
- 本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织, 以及凡熟悉被保险人健康情况之人士, 均可将事故者此次意外或疾病, 既往之病症及病历之详细资料向贵公司及其代表提供。

被保险人/申请人签字:

投保单位(章)

附呈文件:

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 保险凭证 () 份 | <input type="checkbox"/> 住院医疗证明 | <input type="checkbox"/> 受益人户籍证明 |
| <input type="checkbox"/> 事故者身份证明 | <input type="checkbox"/> 出院证明 | <input type="checkbox"/> 受益人身份证明 |
| <input type="checkbox"/> 意外事故证明 | <input type="checkbox"/> 住院天数证明 | <input type="checkbox"/> 继承人户籍证明 |
| <input type="checkbox"/> 残疾鉴定书 | <input type="checkbox"/> 医疗费原始凭证 () 份 | <input type="checkbox"/> 继承人身份证明 |
| <input type="checkbox"/> X光片及报告书 | <input type="checkbox"/> 医疗费结算明细表 | <input type="checkbox"/> 遗产继承文件 |
| <input type="checkbox"/> 医疗诊断书 | <input type="checkbox"/> 死亡诊断书 | <input type="checkbox"/> 代理人身份证明 |
| <input type="checkbox"/> 病历 () 页 | <input type="checkbox"/> 尸体检验证明 | <input type="checkbox"/> 延误证明/行李遗失证明 |
| <input type="checkbox"/> 处方 () 份 | <input type="checkbox"/> 户口注销证明 | <input type="checkbox"/> 机票/火车票等交通工具票据 |
| <input type="checkbox"/> 病理/血液检验报告 | <input type="checkbox"/> 丧葬/火化证明 | <input type="checkbox"/> 其他费用原始凭证 () 份 |
| <input type="checkbox"/> 手术证明 | <input type="checkbox"/> 授权委托书 | <input type="checkbox"/> 其他文件 () 页 |

接收申请日期: 年 月 日

装 订 线