



三井住友海上火灾保险（中国）有限公司

Mitsui Sumitomo Insurance (China) Company, Limited
中国上海市浦东新区世纪大道 100 号 上海环球金融中心 34 楼 T70 室
34-T70, Shanghai World Financial Center, 100 Century Avenue,
Pudong New Area, Shanghai, China

致：三井住友海上火灾保险（中国）有限公司
To: Mitsui Sumitomo Insurance (China) Co., Ltd.

机动车驾乘人员意外保险 事故报告书/ 赔款申请书

保单号码		投保人	
被保险人		被保险人 (身份) 证件号码	
被保险人联系方式			
事故发生日 (年/月/日)		事故地点	
车辆牌照		被保险人身份	<input type="checkbox"/> 驾驶员 <input type="checkbox"/> 乘客
事故概要:			

其他保险 (相同效力)			
保险公司名称	保险期间	保险险种	保险金额

被保险人申明	
该表格所记载事故信息均属事实，现附上相关资料提出索赔申请。另外，下述内容签字表示同意。	
※ 被保险人就诊所在医院、医生和相关人员、及与本事件有关联的机构和人员都可将被保险人的所有疾病、伤害及事故的记录提供给三井住友海上火灾保险（中国）有限公司及其指定人员。另外，本表格的复印件与本表格具有相同效力。	
填写日期： _____(年)_____(月)_____(日)	_____ 被保险人/受益人签名

赔款申请人、支付赔款账号			
填写日期： _____年____月____日		_____ 赔款申请人署名	
银行名	分支行名	账号	账号名称
申请赔款金额 (RMB)			

一般索赔文件（所有索赔均须提供）

1. 保险合同或保险凭证复印件；
2. 事故证明，包括交通事故认定书、事故认定书等相关事故管辖部门出具的或法律法规认可的事故证明
3. 被保险人（及其监护人，如被保险人为未成年人）的身份证明文件复印件
4. 被保险人与其监护人的关系证明复印件（如适用）
5. 保险公司所需的其它与索赔有关的证明和资料。

√	索赔项目	理赔资料
<input type="checkbox"/>	意外医疗保险金	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保险人指定或认可的医疗机构（注1）出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、完整的病历记录（包括住院病历、出院小结）； 2. 医药费用原始单据及医药费用结算明细表和处方； 3. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料
<input type="checkbox"/>	伤残保险金	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由二级以上（含二级）或保险人指定或认可的医疗机构（注1）或有资质的鉴定机构根据《人身保险伤残评定标准与代码》出具的伤残程度的资料或身体伤残程度评定书； 2. 二级及以上医疗机构或保险人认可的其他具有合法性以资格的医疗机构（包括专科医院及专为外国人服务的单项诊所）出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、完整的病历记录（包括住院病历、出院小结）； 3. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料
<input type="checkbox"/>	身故保险金	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医疗机构、公安部门或其他相关机构出具的被保险人的死亡证明（若被保险人为宣告死亡，须提供人民法院出具的宣告死亡证明文件）； 2. 公安部门或交通部门出具的事故证明 2. 被保险入户籍注销证明； 3. 身故保险金受益人的户籍证明或其他相关类似证明、身份证件（如适用） 4. 继承人继承份额公证书原件及所有继承人的身份证复印件（如适用）；（条款中措辞：保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件） 5. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
<input type="checkbox"/>	住院津贴保险金	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保险人指定或认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、完整的病历记录及住院证明
<input type="checkbox"/>	车内财产损失 （需附加《扩展承保车内人员财产附加条款》）	根据具体情况提供相应资料，详情请咨询我司理赔担当
<input type="checkbox"/>	公共交通工具意外伤害 （需附加《扩展承保公共交通工具意外伤害事故条款》）	根据具体情况提供相应资料，详情请咨询我司理赔担当
<input type="checkbox"/>	小额门诊费用补贴 （需附加《小额门诊费用补贴条款》）	根据具体情况提供相应资料，详情请咨询我司理赔担当
<input type="checkbox"/>	高额病房费用补贴 （需附加《高额病房费用补贴条款》）	根据具体情况提供相应资料，详情请咨询我司理赔担当
<input type="checkbox"/>	护理费用补贴	根据具体情况提供相应资料，详情请咨询我司理赔担当
<input type="checkbox"/>	特别费用	根据具体情况提供相应资料，详情请咨询我司理赔担当
注：	1) 保险人指定或认可的医疗机构：指中华人民共和国境内经当地卫生医疗行政部门评审认可的二级及以上医疗机构或经保险人认可的其他具有合法行医资格的医疗机构（包括专科医院及专为外国人服务的单项诊所）	