

雇员意外 / 雇主责任保险索赔申请表

索赔申请人应正确详细填写此申请表，并将后页所列索赔所需的文件于索赔事由发生 30 天内交回，视索赔性质及金额，保险公司有权要求进一步资料。每份申请表仅限一位索赔申请人填写。

请选择你的保单购买地：

广东省广州市越秀区北京路 374 号之二瑞安广州中心 9 楼 01-04 单元，06-08 单元，邮政编码：510030
美亚保险中国区理赔中心
电话：4008208858/020-83939289

被保险人 / 雇主资料

被保险人名称	保险单号码	
联系人	联系电话	电子邮件
通讯地址及邮编	传真号码	

业务渠道信息

公司名称		
联系人	联系电话	电子邮件
通讯地址及邮编		

被保险人银行账户资料（请详细填写，以确保赔款及时到帐！）

户名：	帐号：		
银行：	银行地址：	省	市

出险雇员资料

姓名	身份证号码	本人联系电话
职务/工种	雇佣日期	过去十二个月或整段受雇期间（若少于十二个月）平均工资，包括加班工资、经常性之额外津贴或奖金：人民币 ¥/ 每月

出险经过 / 伤害程度

出险日期	时间	地点
请详述出险原因和经过		
伤害程度：受伤 <input type="checkbox"/> / 死亡 <input type="checkbox"/> 是否涉及伤残： <input type="checkbox"/> 伤情描述：		

索赔金额 / 证明文件（请√出随附索赔文件。视案情需要，贵司可能还须提供其它证明文件。）

索赔金额： 索赔项目： <input type="checkbox"/> 医疗收费票据原件 张； <input type="checkbox"/> 病假单原件 份；	仅索赔医药费： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病历原件 份； 共 元 <input type="checkbox"/> 检查报告 份；	<input type="checkbox"/> 住院清单 页； <input type="checkbox"/> 劳动能力鉴定结论 份； <input type="checkbox"/> 受伤部位照片 张； <input type="checkbox"/> 出院小结 份； <input type="checkbox"/> 工伤认定书 份； <input type="checkbox"/> 其它（请填写）：
---------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

反保险欺诈提示

诚信是保险合同基本原则，涉嫌保险欺诈将承担以下责任：

【刑事责任】 进行保险诈骗犯罪活动，可能会受到拘役、有期徒刑，并处罚金或者没收财产的刑事处罚。保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，以保险诈骗罪的共犯论处。

【行政责任】 进行保险诈骗活动，尚不构成犯罪的，可能会受到 15 日以下拘留、5000 元以下罚款的行政处罚；保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，也会受到相应的行政处罚。

【民事责任】 故意或因重大过失未履行如实告知义务，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。

声明及签署

本索赔申请表签署人（等）谨此声明，就我等所知所信，以上陈述绝无虚假和隐瞒，且已阅读并知晓以上《反保险欺诈提示》。

我/我们明白保险合同的各项规定，不因美亚财产保险有限公司（“贵公司”）代表提供或制备本表或贵公司接受或保留索赔证明，而受任何影响。

我/我们明白贵公司并不因提供或接受本索赔申请表而承认其责任，或因之而放弃保险合同项下所应有之权利。

本索赔申请表签署人（等）确认已阅读并理解贵公司在官网发布的隐私政策（<https://www.aig.com.cn/individuals/privacy-notice>），同意向本索赔申请表项下出险雇员和/或其他涉及的个人取得符合《个人信息保护法》下规定的各项有效同意，以便贵公司根据该隐私政策，处理（包括但不限于收集、使用、向境内外第三方提供）前述个人的个人信息（该信息无论是从本索赔申请还是其他地方获得），以实现该隐私政策中“我们使用个人信息的目的”项下所述的目的。本索赔申请表签署人（等）同意，从前述雇员或其他涉及的个人处获得的有效同意包括就所有下述情形的单独同意：

(1) 贵公司根据隐私政策中“我们使用个人信息的目的”项下所述的目的处理个人信息，这些信息可能含有贵公司隐私政策中“我们收集并持有的个人信息”项下所述的敏感个人信息。《个人信息保护法》规定，敏感个人信息包括生物识别、宗教信仰、特定身份、医疗健康、金融账户、行踪轨迹、不满十四周岁未成年人的个人信息；

(2) 贵公司将个人信息披露或提供给贵公司隐私政策中“个人信息的分享方”项下所述的第三方；

(3) 贵公司根据贵公司隐私政策中“个人信息处理地点”项下所述在中国境外处理个人信息，并将个人信息提供给隐私政策中“个人信息的分享方”项下所述中国境外的接收方。

本索赔申请表签署人（等）同时同意，贵公司可按照前述目的处理我/我们与本索赔申请相关的其他信息。

被保险人签章：

日期：