

### 第三者责任保险索赔申请表

无论被保险人是否收到索赔，在得悉事故发生后，应完整正确地填写此表格，并及时交还：默认理赔服务地址

广州市越秀区北京路374号之二瑞安广州中心10楼04-07单元

邮政编码：510030

美亚保险中国区理赔中心

传真：+8620 - 2882 5818

#### 被保险人资料

名称	赔案编号	保险单号码
通讯地址	邮政编码	电邮地址
联系人	联系电话	传真号码

#### 事故发生之详情

日期	时间	上午/下午
原因和经过		
何时及何人向您报告该事故		
事故之发生是否可归因受伤者或其他人士的疏忽? 是 <input type="checkbox"/> -请详述 否 <input type="checkbox"/>		
受害人是否已索赔? 如是，请提供索赔详情及文件。		是 <input type="checkbox"/> / 否 <input type="checkbox"/>
索赔人是否有为该损失投保? 如是，保险公司是：		

#### 事故场所资料

事故发生之确切地点
事故发生时，该事故发生的场所负责人是：
受害方对事故发生的场所享有何种权益？
被保险人的身份是： <input type="checkbox"/> 业主 <input type="checkbox"/> 承租人 <input type="checkbox"/> 租用人 <input type="checkbox"/> 承包人 或 <input type="checkbox"/> 其他 - 请注明：

#### 产品资料(产品责任索偿请填写此部分)

产品名称	产品销售日期/地点
产品型号及编号	产品发票号码或销售记录
被保险人的身份是： <input type="checkbox"/> 制造商 <input type="checkbox"/> 供应商 <input type="checkbox"/> 批发商 <input type="checkbox"/> 零售商 或 <input type="checkbox"/> 其他 - 请注明：	

**受伤者资料** (导致人身伤害时请填写此部分)

姓名	地址 / 电话	受伤的部位和程度
1.		
2.		
3.		
伤者被送往何家医院:		如曾接受医疗救护, 医生之姓名为:

**财产损失资料** (导致财产损失时请填写此部分)

财产所有人姓名	地址 / 联系电话		
受损害财产类别	损害的性质和程度	是否能修复	财产损失或修复费用的估计金额
1.		是 <input type="checkbox"/> / 否 <input type="checkbox"/>	
2.		是 <input type="checkbox"/> / 否 <input type="checkbox"/>	
3.		是 <input type="checkbox"/> / 否 <input type="checkbox"/>	

**证人资料**

请尽可能取得证人/旁观者/事故发生时在附近看到的人或曾经听到相关者对事故之描述的人的姓名和联系办法。

姓名	地址	电话
1.		
2.		
3.		

**警方资料**

事故发生现场之公安人员姓名及警号	所属公安局	案件编号	电话号码

**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/我们明白美亚财产保险有限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。

本人同意美亚财产保险有限公司为遵守相关法律(包括但不限于中华人民共和国的法律)的要求, 而向第三方披露本人的信息资料, 但仅限于法律的最低要求。

被保险人签章:	日期: