



美国友邦保险有限公司北京分公司

北京市朝阳区建国路乙118号京汇大厦3层

邮政编码：100022

服务热线电话：800-820-3588

网址：www.aia.com.cn

身故理赔申请表(投保人身故申请豁免保险费亦适用)

CLM/P7.5/T22

理赔编号：_____

保险营销员姓名_____

代 号_____

营销服务部_____

主管姓名_____

联系电话_____

第一部分 保险合同及被保险人(或投保人)资料：

保险合同编号：	被保险人姓名：	被保险人身份证号码：
被保险人职业及职务内容：	工作单位：	单位地址：
若是儿童单的投保人身故需申请豁免缴付保险费，请填写以下内容：		
投保人姓名：	投保人身份证号码：	
投保人职业及职务内容：	工作单位：	单位地址：
索赔人姓名：	身份证号码：	与被保险人关系：
联系地址：	邮政编码：	电话：
理赔项目/金额： 身故保险利益_____ 豁免保险费保险利益_____ 其它_____		

第二部分 身故原因：

A、疾病身故适用：

身故日期：	年	月	日	上(下)午	时	分	身故地点：	
身故原因： 出具身故证明的单位名称： 身故者尸体是否已经检验或经解剖： 是 否 ，若“是”请提供检验或解剖报告副本 身故者是否有上述死因外的其他疾病： 是 否 ，若“是”请填写下栏并提供相关病历及检查资料原件								
a. 疾病名称：	确诊日期：	年	月	日	就诊医院			
b. 疾病名称：	确诊日期：	年	月	日	就诊医院			
c. 疾病名称：	确诊日期：	年	月	日	就诊医院			
请提供以下提及的病历原件：								
疾病首次就诊日期：	年	月	日	医院名称：	医生姓名：	电话：		
首次就诊前身故者疾病症状已经存在多久及症状如何：								
疾病首次确诊日期：	年	月	日	医院名称：	医生姓名：	电话：		
疾病确诊结果：	身故者首次知道确诊结果日期：			年	月	日		
身故者是否因病曾住院治疗： 是 否 ，若“是”请填写下栏并提供全部病历及检查资料原件：								
a. 医院名称：	住院日期：	年	月	日至	年	月	日 经治医生姓名：	电话：
疾病及治疗情况：								
b. 医院名称：	住院日期：	年	月	日至	年	月	日 经治医生姓名：	电话：
疾病及治疗情况：								

B、意外身故适用：

意外日期：	年	月	日	上(下)午	时	分	意外事故地点：
意外经过： 意外伤害的部位和伤势：							
意外是否报告公安或其他部门： 是 否 ，若“是”请填写下栏并提供处理原件：							
处理部门名称：	处理日期：			年	月	日	
处理结果：							
意外是否接受治疗： 是 否 ，若“是”请填写下栏并提供全部病历及检查资料原件：							
a. 医院名称：	就诊日期：	年	月	日	医生姓名：	电话：	
疾病及治疗情况：							
b. 医院名称：	就诊日期：	年	月	日	医生姓名：	电话：	
疾病及治疗情况：							

* CLOO2A01 *

第三部分 身故者在其他保险公司投保的保险合同：

保险公司名称	保险合同编号	生效日期	保险金额	保险项目

第四部分 主诊医生报告(由身故者生前主诊医生填写)

1. a. 身故者姓名:		b. 身故前职业:		c. 身故者住处:	
2. a. 身故者首次接受阁下诊治日期		a.			
b. 身故者末次诊治日期		b.			
3. a. 身故者末次患病阁下有否诊治		a.			
b. 如有请详述病情		b.			
4. a. 身故地点		a.			
b. 身故日期		b.			
5. a. 身故者何病致死		a.			
b. 阁下认为身故者患此病多久		b.			
6. a. 身故者有何其他重要病状		a.			
b. 每次患病均持续多久		b.			
7. 身故者不能工作或足不出户多久					
8. 身故者之死因与其生活、职业习惯及住所有否直接或间接关系					
9. a. 身故者平时是否饮酒或用麻醉剂		a.			
b. 此事与致死原因有否关系		b.			
10. 依你所知过去三年为身故者治病之医生姓名及地址					
医生姓名		医院		病由及日期	
11. a. 身故者年龄_____岁 b. 身高_____厘米 c. 体重_____公斤 d. 头发颜色_____ e. 眼睛颜色_____					
f. 身故者胎痣及其他有可以识别之处请注明_____					
出具此证书者系身故者_____之诊病医生，以上各回答均确实无误。					
医院名称 _____		地 址 _____			
医生资历 _____		医生签名 _____			
日 期 _____		医院签章 _____			

第五部分 身故保险金受益人/索赔人声明与授权：

一、身故保险金受益人/索赔人声明：以上陈述与回答全部属实与详尽。

二、身故保险金受益人/索赔人授权：凡被保险人/投保人曾接受过治疗或住院或具有其他健康情况记录的任何医生、医院或诊所，以及了解被保险人/投保人身故原因及其相关资料的所有个人及机构，均可以将该资料的细节提供给美国友邦保险有限公司北京分公司，此授权书的复印件与正本具有同样效力。

身故保险金受益人/索赔人签名：_____ 见证保险营销员签名：_____

日期：_____ 日期：_____

* CLOO2A01 *