

保險賠款索賠申請書

Insurance Claim Form

賠案編號：

經手人：

備註：

保單號碼 Policy No.		保戶名稱 Name of Insured		
保額 Insured Value		聯絡電話 Tel No.		
承保項目 Insured Item				
意外日期 Accident Date	年 Year	月 Month	日 Day	時間 Time
意外地點 Place of Accident				
意外原因及經過 State Cause				
損失情況 Nature of Loss				
受損物品名稱 Loss Item	數量 Quantity	損失情況 Nature of Loss	要求賠償金額 Claim Amount	備註 Remarks
有否任何其他保險可對此宗意外作出賠償？ Any other insurance policy covering the above accident?		有 / 否 Yes / No		
如有，請詳細說明，並提交已賠償之清單 If Yes, please state and provide the claimed statement _____				

本人特此聲明上述所填報之資料均屬正確無誤，亦無其他資料尚未填報。

I hereby declare that all the given information above are true and correct, and without any omission or concealment.

保戶簽署及蓋章
Signature of Insured and chop

日期 Date