责任保险出险通知书

适用于所有责任保险

ZURICH
苏黎世保险

编　　号：
填写日期：　　年　　月　　日

被保险人名称				事故地点		
保单号码						
公司	联络人			现场（□同前）	联络人	
	电话				电话	
	传真				传真	
	电子邮件				电子邮件	
事故发生日期				被第三者请求日期		
请求项目	□ 医疗费用　□ 修理费用　□ 其他：　　（请打"√"）					
事故经过（请详述）						
第三者资料	联络人		电话		传真		电子邮件	

第三者人身伤亡	姓名	性别	职业	受伤程度	估计损失（币种：人民币）

第三者财产损失	财产所有人	损失项目	受损程度	估计损失（币种：　　）

处理结果	

备注：被保险人与第三人和解之前，请先通知苏黎世财产保险（中国）有限公司理赔部门，否则苏黎世财产保险（中国）有限公司不受被保险人与第三者之和解结果约束。

（赔偿申请人签名及盖章）

索赔申请人申明：
本人兹特声明许可苏黎世财产保险（中国）有限公司处理或向第三方披露本人的保险信息，信息内容包括本人的基本身份信息和保险信息。处理或披露信息的目的为且仅为因办理本人与其之间因保险合同而生的相关保险事宜，包括理赔申请、赔款支付等。

【反保险欺诈提示】诚信是保险合同基本原则，请如实填写本通知书。

苏黎世财产保险（中国）有限公司
地址：中国（上海）自由贸易试验区世纪大道 100 号环球金融中心 16 楼 T20，邮编：200120
电话：4006155156　　传真：+86(21)20895599
Zurich General Insurance Company (China) Limited
Address: T20, 16F, Shanghai World Financial Center, 100 Century Avenue, Shanghai Pilot Free Trade Zone 200120,PRC
Tel: 4006155156　　Fax: +86(21)20895599