MetLife 大都会人寿

中美联泰大都会人寿保险有限公司

Sino-US United MetLife Insurance Co., Ltd.

个 险 理 赔 申 请 书

保险代理人：　　业务代码：　　联系电话：

出险人类型	☐被保险人　☐投保人			★保险单号：			
★出 险 人		★性别	☐男 ☐女	★国籍		★联系电话	
★证件类型	☐身份证　☐其他：_____		★证件号	★有效期至_____年　月　日			
★联系地址	☐保单通讯地址 ☐_____省/直辖市_____市_____区/县_____邮政编码：						
★工作单位					★职业及职务：		
★申请类型	☐意外医疗　☐疾病医疗　☐住院补贴　☐重大疾病　☐癌症关爱　☐意外伤残　☐疾病伤残 ☐提前给付　☐豁免保费　☐意外身故　☐疾病身故　☐骨折或关节替换　☐其他：_____						
★事故经过	事故日期：　年　月　日	事故地点：		事故原因或疾病诊断：			
	详细经过：						
出险人现状	☐治疗中　☐治疗结束　☐身故（身故日：　年　月　日）　☐残疾　☐其他：_____						
★出险人是否在其他保险公司投保人身保险	☐是 承保公司（　　）　☐否						

▼申请人如非出险人、指定受益人，法定继承人本人或其监护人，须填写《保险理赔事项委托授权书》。

▼身故理赔的申请人为保险合同的受益人，如身故保险金受益人为法定继承人，则第一顺位法定继承人为被保险人的父母，配偶 和子女，请每名受益人分别填写申请书并签字确认。

申请人身份	☐出险人　☐指定受益人　☐法定继承人　☐监护人　☐受托人						
★申 请 人		★性别	☐男 ☐女	★国籍		★联系电话	
★证件类型	☐身份证　☐其他：_____		★证件号	★有效期至_____年　月　日			
★联系地址	☐保单通讯地址 ☐_____省/直辖市_____市_____区/县_____邮政编码：						
★工作单位					★职业及职务：		

▼FATCA 告知事项：请告知您本人是否存在以下美国身份表征，如您本人符合以下任何一种情况，则请勾选“是”。

★1）本人持有美国护照或美国绿卡；2）本人是美国纳税人；3）本人的出生地是美国；4）本人在 美国有常住地址、联系地址、联系电话。	☐是　☐否

▼申请人保险金/理赔金收款账户信息（须为借记卡账户）：

★同保险费交费账户	☐是（需为申请人本人之账户） ☐否，开户银行：★_____银行★_____分行_____支行_____分理处 ★户　名：_____　★账号：_____

▼声明与授权：

1、本人声明以上陈述均为事实，并无虚假及重大遗漏，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》、《FATCA 合规声明及同意》(见背面)，若参与或实施保险欺诈行为，本人及相关当事人理赔相关信息将被纳入保险行业共享范围。 2、本人同意贵公司向医疗及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印与理赔申请相关的资料。本人在此同意并授权本人接受过治疗或知晓本人健康情况的任何医院、医生，以及所有了解理赔相关情况的个人及机构，均可以将本人的健康情况、过往病史、病历的详细资料等与保险理赔有关的信息提供给贵公司或贵公司授权的机构或个人。本人承诺配合贵公司合理的调查行为，例如按要求至指定的鉴定机构进行鉴定、接待调查人员的拜访等，若本人未尽上述同意或承诺义务，将视为本人未能提供理赔所需材料，本人愿承担贵司可能因此拒绝部分甚至全部理赔申请的后果。

3、此授权书的副本/影印本与正本具有同等效力。

4、本人同意理赔金一经银行划账至本人指定收款账户，即视为本人已经收到该理赔金。

★申请人签字：　　★签字日期：　　年　　月　　日

CL0001

HO-CSO-700-2395

注:★为必填项

▼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，保险公司可能不承担赔偿或给付保险金的责任。

▼FATCA 合规声明及同意：

作为美国 2010 年《外国账户税务遵守法案》（Foreign Account Tax Compliance Act of 2010，下称“FATCA”)中所定义的外国金融机构，中美联泰大都会人寿保险有限公司及其在中国的分支机构（下称“公司”）有义务征得您对下列内容的同意： A、本人不可撤销地同意，在不被中国法律法规或监管机构所禁止的范围内，公司可以为遵守任何目前或将来存在的法律法规、监 管要求、合同约定或基于 FATCA 的目的，在中国境内外收集、使用、保存、披露、传输和以其他方式处理本人的个人资料，包括 公司向任何政府或税务机关（不论是在中国境内大陆还是境外）披露本人的个人资料； B、本人不可撤销地同意填写和签署公司为确保其遵守 FATCA 而合理要求的文件，采取公司为确保其遵守 FATCA 而合理要求的行 动，并且，在本人的任何个人资料出现变更或增补时，将本人个人资料的任何变更或增补（包括但不限于本人取得任何新的国籍 或居留资格）告知公司，并在公司要求的时间内，填写和签署公司为确保其遵守 FATCA 而合理要求的文件，采取公司为确保其遵 守 FATCA 而合理要求的行动； C、本人确认公司有权：(i)要求任何其他相关主体提供公司合理要求的个人资料，及/或填写和签署相关文件；以及(ii)将以上(i)项 所指的任何及所有资料披露给任何政府或税务机关（不论是在中国大陆境内还是境外）。

※ “相关主体”指“本保单”的拥有人或保单持有人，以及有权获得“本保单”的价值（例如通过借款、领取、退保、按保单索赔、获得保险给付或其他方式）、有权更改“本保单”的受益人或者有权要求或获得“本保单”项下的给付的每一人士，或者有权获得“本保单”项下的任何未来给付的任何人士。在“本保单”项下给付款项的义务一旦产生或得以确立，则有权获得给付的每一人士（例如保单索赔人、受益人或受让人）将于该等义务产生或得以确立之时成为一名相关主体。

※ “个人资料”包括但不限于本人及相关主体的姓名、身份证（护照）号码、（住所）地址（或永久住址）、纳税识别号、社会安全号码（美国）、出生日期、出生地点、国籍、邮件地址、居留地、税务居留地以及“本保单”方面的或者与之有关的任何资料，包括但不限于适用的保单号码、保单现金价值、付入“本保单”的款项、从“本保单”中提取的款项、从“本保单”中支付的款项以及公司不时就“本保单”收集的其他资料。 本人特此确认：上述声明及同意的内容亦将构成公司与本人所签保险合同的组成部分，并对双方具有约束力。

▼理赔申请材料清单

资料名称	身故		重大疾病或癌症		残疾		住院补贴		医疗报销		骨折
	疾病	意外	疾病	意外	疾病	意外	疾病	意外	疾病	意外	
理赔申请书	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
保险合同	●	●	●	●	●	●					
出险人身份证明	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
申请人身份证明※	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
继承权公证书（如受益人为法定）	●	●									
死亡证明	●	●									
火化或殡葬证明	●	●									
户口注销证明	●	●									
意外事故证明		●		●		●		●		●	●
司法鉴定书（必要时）					●	●					
门急诊病历/出院小结	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
关键性检查检验报告（含病理报告）			●	●							●
医疗费用发票原件									●	●	
住院费用发票复印件							●	●			
医疗费用明细或处方									●	●	
收款账户复印件※	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

※标记为●的是必须提供的资料。

※申请人为未成年人或无行为能力人时，需提供监护人身份证明及监护权证明；委托代办时需提供委托授权书及代办人身份证明。

※收款账户复印件：需为借记卡账户，如为银行卡复印件，需由申请人本人签字。