

团 险 理 赔 申 请 书

投保单位：

保单号码：

主被保险人		性 别	☐ 男 ☐ 女	职业	
证件类型	☐ 身份证 ☐ 其他：_	证件号码	有效期至 年 月 日		
★出险人		★性 别	☐ 男 ☐ 女	类型	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母
★证件类型	☐ 身份证 ☐ 其他：_	★证件号码	★有效期至 年 月 日		

申请人：除身故索赔外，申请人应是出险人本人或其监护人。如有多名受益人，请每名受益人分别填写申请书并签字确认。

★申请人		★性 别	☐ 男 ☐ 女	★国籍		★职业	
★证件类型	☐ 身份证 ☐ 其他：_	★证件号码	★有效期至 年 月 日				
★申请人类型	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他： (如申请人为出险人，证件类型/号码可不填写)						
★联系地址	☐ 同证件地址 ☐ 省/直辖市 市 区/县					★邮编	
工作单位						★联系电话：	
★申请类型	☐ 综合医疗-门急诊 ☐ 综合医疗-住院 ☐ 综合医疗-牙科 ☐ 高端医疗 ☐ 补充医疗 ☐ 女性生育医疗 ☐ 意外医疗(门急诊/住院) ☐ 住院津贴(疾病/意外) ☐ 烧烫伤 ☐ 重大疾病 ☐ 意外残疾 ☐ 身故/全残(疾病/意外) ☐ 其他：_____						
治疗日期(可填写时间段)	诊断名称		就诊医院		收据数量	票据金额	
★事故描述(请写明时间/地点/发生原因/经过/结果等详情)：							

保险金/理赔金收款账户信息：

★申请人或其监护人银行账户名：	★银行账号：
开户银行信息：★	银行★ 分行 支行 分理处

提示：若本次索赔的医疗费用收据原件需提交给其它机构进行赔付，请先行到其它机构索赔，并保留医疗收据复印件；持其它机构出具的给付分割单原件对应的医疗单证复印件到我公司索赔。若选择先到我公司索赔，请自行保存医疗单证复印件，本公司可提供理赔决定通知书对本次索赔进行说明，理赔决定会通过手机短信和大都会人寿官微通知，请您确保填写的手机号码准确，如需纸质通知书可联系全国统一服务(投诉)热线 400 818 8168 邮寄给您。

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。

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》。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. 个人信息使用授权：本人通过扫描此处的二维码已充分阅读并理解《个人信息处理知情同意书》，在此同意大都会人寿处理本人及本人提供的其他自然人(如有)的个人信息以及敏感个人信息、处理本人提供的不满十四周岁的未成年人的个人信息，并将前述个人信息及敏感个人信息部分或全部披露给第三方。

3. 本人授权贵公司：1) 在适用法律、法规允许或要求的范围内，为签订或履行相关保险合同、提供相关售后服务、提供其他金融产品和服务、进行直接行销、市场调研或数据处理等合法目的，在中国境内外，从本人处及其他各种渠道收集本人的姓名、出生日期、性别等个人可识别信息并对上述信息进行使用、处理和存储；授权期限为贵公司为实现上述合法目的所必需的期间和/或法律法规允许或要求的期限；2) 为上述目的以及将上述信息全部或部分共享或提供给贵公司的关联方、再保险公司、保险代理公司、授权服务提供商等。本人知悉并同意贵公司将本人的个人信息存储于中华人民共和国境内；如因业务需要，贵公司需要向境外提供本人个人信息的，本人授权同意此类个人信息出境。如本人是不满十四周岁儿童的监护人并代表该儿童签署本合同，则上述授权所述相关个人信息还包括该儿童的个人信息。本人已知悉并同意《个人信息使用授权》。

4. 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；同意贵公司可通过上海保险交易所股份有限公司及其合作伙伴向医疗及其他有关单位和个人收集、使用、加工处理、存储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。

5. 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，本人愿承担贵公司可能因此拒绝部分甚至全部理赔申请的后果。

6. 此授权书的副本/影印本与正本具有同等效力。

7. 本人确保遵守《金融机构客户身份识别和客户身份资料及交易记录保存管理办法》的要求，承诺如本人为外国政要或国际组织的高级管理人员，愿依据相关法律法规要求提供相关资料。

8. 本人授权且同意按所填写银行账号进行理赔款转账，并知晓理赔金一经通过银行划账到本人账号，表明本人已经收到该理赔金。

9. 本条款自您签署、确认或提交本投保申请书时生效，具有独立法律效力，不受保险合同成立与否及效力状态变化的影响。

10. 本人有权查看贵公司及相关方所保留的有关本人的个人信息并且进行必要的更正。

11. 本人已认真阅读、充分理解并自愿接受上述内容。

单位盖章： ★申请人签字： ★签字日期： 年 月 日

团险理赔申请须知

重要提示：

- 1、以下材料为您办理理赔申请时所需的基本材料。由于保险事故的具体情况不同，本公司可能还会需要您提供一些与本次理赔相关的其他材料。如果有需要，我公司理赔部会及时联系您。委托他人代办理赔申请，需提供受益人亲笔签名的授权委托书，及受托人的有效身份证明。
- 2、委托他人代办理赔申请，需提供受益人亲笔签名的授权委托书，及受托人的有效身份证明。

申请类型	必需资料	理赔资料明细
综合医疗-门急诊	1、2、3、6、7、9	1. 团险理赔申请书 2. 保险金/理赔金收款账户复印件 3. 被保险人及出险人（如非主被保险人出险）有效身份证明 4. 受益人有效身份证明和继承人与出险人关系证明 5. 疾病诊断书 6. 门（急）诊病历和出院小结 7. 医疗费用收据原件（包括有效分割单，请事先保存相关收据的复印件） 8. 医疗费用收据复印件 9. 医疗费用明细清单/处方 10. 病理、血液、影像等检查检验报告 11. 意外事故证明 12. 死亡证明书（比如丧葬证明或火化证明或医院、法医、公安机关、法院出具的宣告死亡等文件） 13. 医院鉴定诊断书/司法鉴定书 14. 户口注销证明 15. 结婚证明、围产或孕检病历
综合医疗-住院	1、2、3、6、7、9	
综合医疗-牙科	1、2、3、6、7、9	
高端医疗	1、2、3、6、7、9	
补充医疗	1、2、3、6、7、9	
女性生育医疗	1、2、3、6、7、9、15	
意外医疗(门急诊/住院)	1、2、3、6、7、9、11	
住院津贴(疾病/意外)	1、2、3、6、8、11（因意外住院）	
烧烫伤	1、2、3、5、11、13	
重大疾病	1、2、3、5、6、10	
意外残疾	1、2、3、5、11、13	
身故(疾病/意外)	1、2、3、4、12、14	
全残(疾病/意外)	1、2、3、5、13	

《团险理赔申请书》索取方式：

您可以向您的保单服务人员索取、到我公司的服务柜面领取、或自我公司网站 www.metlife.com.cn 下载打印。

理赔温馨提示：

- 1、报案：**

保险事故发生后，请您或您的家属联系我公司负责贵公司服务的工作人员，也可拨打我公司全国统一服务（投诉）热线 400 818 8168。
- 2、就诊医院：**

若您欲在我公司索赔(疾病/意外)医疗相关保险金，请根据保险合同约定，前往本公司的定点医院进行诊治。若您因特殊原因不能到本公司定点医院诊治，需及时通知我公司，并得到我公司的同意。
- 3、诊治项目和药品：**

如您投保我公司医疗费用型保险，请您在就诊时提示医生自身的保险情况。您的各项医疗费用，需符合社会医疗保险管理部门的规定。
- 4、住院津贴申请：**

若您投保我公司住院津贴保险，依《保险法》规定须及时报
- 5、伤残鉴定：**

当您需索赔残疾保险金时，在前往鉴定之前，请与我公司理赔部门取得联系。
- 6、理赔处理：**

在我们收齐您的理赔申请资料之后，一般案件我们会在十个工作日内结案；复杂案件（如索赔金额较高案件等）理赔结案时效会在法定时效内。
- 7、理赔查询：**

您可随时与我公司联系，了解赔案审核进展情况。也可拨打我公司全国统一服务（投诉）热线 400 818 8168 查询。

受益人信息栏				
	受益人一	受益人二	受益人三	受益人四
姓名				
与出险人关系				
性别				
出生日期				
国籍				
证件类型				
证件号码				
证件有效期				
职业				
联系地址				
邮编				
联系电话				
受益人签章				