

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	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人	★保险单号:	
★出险人	★性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	★国籍	★联系电话
★证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____	★证件号	★有效期 _____年__月__日
★联系地址	<input type="checkbox"/> 保单通讯地址 <input type="checkbox"/> _____省/直辖市_____市_____区/县_____ 邮政编码: _____		
★工作单位	★职业及职务:		
★申请类型	<input type="checkbox"/> 意外医疗 <input type="checkbox"/> 疾病医疗 <input type="checkbox"/> 住院补贴 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 癌症关爱 <input type="checkbox"/> 意外伤残 <input type="checkbox"/> 疾病伤残 <input type="checkbox"/> 提前给付 <input type="checkbox"/> 豁免保费 <input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 骨折或关节替换 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗结束 <input type="checkbox"/> 身故(身故日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
★出险人是否在其他保险公司投保人身保险	<input type="checkbox"/> 是 承保公司() <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 出险人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 受托人		
★申请人	★性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	★国籍	★联系电话
★证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____	★证件号	★有效期至_____年__月__日
★联系地址	<input type="checkbox"/> 保单通讯地址 <input type="checkbox"/> _____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。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 是(需为申请人本人之账户) <input type="checkbox"/> 否, 开户银行: ★ _____ 银行 ★ _____ 分行 _____ 支行 _____ 分理处 ★户名: _____ ★账号: _____
-----------	---

▼声明与授权:

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 此授权书的副本/影印本与正本具有同等效力。
- 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。
- 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。
- 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。
- 若理赔申请人为投保人本人, 本次申请提交后, 视同投保人已经确认收到保险合同, 已阅读并认可保险合同的各项内容, 特别是犹豫期(如有)、保险责任、免除保险人责任、保险费的支付, 以及个人信息使用授权等条款的内容, 确认已查阅《健康管理服务合同》(如有), 并清楚知晓其全部内容。保险合同签收日为本次理赔提交日。若投保人已以其他方式签收保险合同, 以最早的签收日期作为合同签收日期。
- 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。
- 本人已认真阅读、充分理解并自愿接受上述内容。



★申请人签字:

★签字日期: 年 月 日



CL0001

HO-CS0-2025-2430

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、获得保险给付或以其他方式）、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。