中國信託金控 台灣人壽

長青友善專用保險金申請書

填寫範例

申請項目	□一般醫療□癌症醫療□身故□重大疾病□重大燒燙傷 □失能□其他：_____		
保單號碼	（可填多張）		
被保險人姓名		身分 ID	
出生日期		職業	
申請團險填寫	事故者與員工關係:□本人 □配偶 □子女 □父母 □其他：		
員工姓名/員編		身分 ID	

※請詳述事故原因、發生地點、經過情形及曾經就診醫院診斷:(請據實填寫，以免影響理賠權益)

付款方式

※提醒您：選擇匯款者，倘若戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得逕行改以禁背支票給付。

□支票	□交由服務人員親自遞送 □郵寄至聯絡地址		
□匯款	□匯款至前次理賠帳號 □保險金信託(須檢附保險金信託帳戶資料) □設定為下期健康檢查金給付帳號		
戶名	行庫名稱	分支行庫名稱	帳號
行動電話		市話	(　)
地址			

□申請身故件/完全失能保險金，因保單已遺失，立書人聲明保單作廢，無須補發。

□為保留健康增值保險金，立書人同意本次不申請含有健康增值保險金之險種(如不勾選視為同意申請)。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項

本人(被保險人)同意貴公司於保險業務範圍內，得蒐集、處理及利用本人相關病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與貴公司各項業務內所委託往來之第三人或有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。

本人(身故保險金受益人)同意本公司將本次理賠申請所附之相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料比對，以確認內容正確性。

立書人簽章 〈即受益人本人〉		身分證字號	

中華民國　　年　　月　　日

要保單位		送件單位： 職稱： 送件人姓名： 登錄證證字號： 手機：	受理欄位	送件單位 受理日期	理賠單位 受理日期

蒐集、處理及利用個人資料告知

台灣人壽保險公司(下稱本公司)依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項(間接蒐集者為個資法第九條第一項)規定，向台端告知下列事項，請台端詳閱：

一、蒐集之目的：

(一)人身保險(００一)。(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。

二、蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶、保單號碼、保險細節及病歷、醫療、健康檢查、及與事故經過相關的查證個人資料等(包含本件保險契約於申請本次理賠前「例如於投保或申請契約變更時」非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如本申請書及應備文件內容所載。

三、個人資料之來源：(一)要保人。(二)當事人之法定代理人、輔助人。(三)各醫療院所。(四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有台端之個人資料得行使之權利及方式：

（一）得向本公司行使之權利：1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.向本公司請求補充或更正。3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二）行使權利之方式：以書面、電子郵件或傳真方式。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能遲延或無法提供台端相關服務或給付。

申請各項理賠給付應檢附文件

申請項目 / 應備文件	身故	失能	重大疾病／特定傷病	長期照護	返還年金保單價值準備金／保單帳戶價值	實物給付	安寧給付	一般醫療			癌症		豁免保費	重大燒燙傷	婦女保險	海外突發疾病
								傷害門診醫療	限額型住院醫療	日額型住院醫療	首次申請	後續醫療				
保險金申請書	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
受益人身分證明或戶口名簿影本	V	V	V	V		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
詳細醫師診斷書			V	V			V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
FATCA暨CRS身分聲明書(個人適用)	V	V	V	V	V	V	V									
保險單	V			V	V	V	V									
死亡證明書/相驗屍體證明書	V				V	V										
除戶戶籍謄本	V				V	V										
詳細失能診斷書或勞工失能診斷書		V		V									V			
病理組織切片或相關檢驗報告			V								V					
收據正本及費用明細表								V	V							V
病歷及其他醫學量表				V												
要保人或其他應得之人身分證明					V											
出生證明/已登載出生之戶口名簿															V	

※ **注意事項：**

一、癌 症 險： 1.家庭型之非主被保險人首次申請，須檢附最新之戶籍謄本。
2.門診醫療給付如以注射性化學治療、放射線治療及其他必要之外科處理為限，須於診斷書上載明實際治療日期及內容，以利辦理審核。

二、傷 害 險： 申請限額型，如提出不同醫療院所之收據，應分別檢具診斷書。骨折請另檢附X光片以確認骨折程度及部位。

三、醫 療 險： 申請手術保險金除診斷書外，請另檢附費用明細表或外科手術紀錄單。

四、長期照護險： 1.申請長期照護保險金須檢具最近一個月內區域級以上醫院所開具符合長期照護狀態之診斷書。
2.若事故人為受監護宣告人，則由其監護人代為簽名，並應附法院監護宣告裁定或含指定監護人之戶籍謄本。

五、國外事故： 1.保戶於國外發生保險事故，須檢附經國外駐外館處驗證之必要文件，若併檢附護照影本及就醫詳細病影本，將有利理賠處理時效。
2.如已向健保局申請核退，請檢附健保局核退通知正本與原診斷書及收據副本申請。
3.申請非英語系國家理賠事故，請開英文版診斷書及收據。

六、失 能 險： 申請完全失能保險金，若事故人為受監護宣告之人，同四、2項目。

七、身　　故： 1.死亡原因為「解剖中」者，受益人應補「解剖鑑定結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
2.若受益人指定為法定繼承人或未指定受益人，或受益人同時或先於被保險人死亡，應另檢具本公司「法定繼承人聲明暨同意書」及「戶籍謄本」，以利辦理。

※ 申請項目之不同，上述各文件之詳細內容，悉以保單條款約定為準，本公司將依所投保險種進行審核。特殊案件或上述未列者，若因審核必要所需其他資料，由理賠人員另行通知補全。

※ 申請二年以內之死亡件、非意外引起之失能件、慢性病(如:高血壓、糖尿病、肝硬化、子宮肌瘤、惡性腫瘤…)等理賠件時，請檢附健保局「請求提供資料申請書」(簽名並蓋章)及身分證明文件。

※ 因主契約保險期間屆滿，或於主契約有效期間內因被保險人失能、罹患重大疾病、癌症等情形致主契約終止時，其所附加之長年期附約效力不隨主契約終止。其餘附約效力詳保單條款及本公司「附約延續批註條款」之約定。

※ 提醒您，辦理被保險人身故保險金，如有重病投保、高齡投保、躉繳投保、短期投保、舉債投保、鉅額投保、密集投保或保險費較保額高情形，應於理賠給付後主動於遺產稅申報書「不計入遺產總額財產」欄位中揭露。

※ 107年6月15日修正保險法部分條文，其中「殘廢」、「失能」等相關用語調整，並無變更原保險契約實質給付內容及權利義務，保戶權益不受影響，詳請參閱本公司官網→最新消息→商品公告專區(https://www.taiwanlife.com/SiteMap/23)。

※若有資料造假、誇大保險事故理賠金額、預謀或故意製造或捏造保險事故、陳述或提供不實資訊等相當於保險詐欺之情事發生，將可能會危害到保單持有人之權益。

若您對理賠申請程序或應檢附文件有任何疑問，歡迎至本公司官網(www.taiwanlife.com)或來電客戶服務專線0800-099-850、(02)8170-5156及下列電話轉理賠人員，本公司將竭誠為您服務。【以下電話為總機轉接服務電話】

總　公　司：台北市南港區經貿二路188號8樓	電話：(02)81709888	傳真：(02)27858651
台北分公司：台北市中正區忠孝西路一段50號2樓	電話：(02)23612023	傳真：(02)23611342
新竹分公司：新竹市北區四維路130號12樓之1	電話：(03)5219221	傳真：(03)5251156
台中分公司：台中市西屯區惠中路一段88號13樓之1	電話：(04)22522505	傳真：(04)22522718
嘉義分公司：嘉義市西區德安路3號3樓	電話：(05)2316605	傳真：(05)2315481
台南分公司：台南市中西區成功路457號8樓	電話：(06)2231845	傳真：(06)2290452
高雄分公司：高雄市前鎮區中山二路91號1樓	電話：(07)5363008	傳真：(07)5363778
東部分公司：花蓮縣花蓮市國聯一路167號8樓	電話：(038)324378	傳真：(038)352682

同意調查暨授權聲明書

茲因向台灣人壽保險股份有限公司(下稱台灣人壽)申請保險給付之需要,立同意書人＿＿＿＿＿＿（與事故人關係：□本人□受益人□法定代理人□監護人□輔助人□其他＿＿＿＿＿＿）同意並委託台灣人壽指派之人員向　貴醫療院所、警察機關、消防（救護）機關、監理機關、地檢署、海巡機關、壽險公會、產險公會、保險公司、內政部移民署、相關單位或個人，索引、查詢(包含以查詢為目的於上開單位網路、電話語音或配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之行為)、調閱、抄錄、影印事故人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（生日：民國(以下同)＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日生,身分證統一編號:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)自契約生效日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日前五年內迄本同意查詢暨授權聲明書”簽署日”為止之就診且不限科別之相關病歷（病名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由台灣人壽人員代為填寫，並聲明：
立同意書人同意並委託台灣人壽就本同意調查暨授權聲明書為影印使用，影本與正本具同等效力且依前述內容辦理。若因醫療院所、警察機關、消防（救護）機關、監理機關、地檢署、海巡機關、壽險公會、產險公會、保險公司、內政部移民署、相關單位或個人要求提供特定格式聲明書，本人願意配合台灣人壽協助提供相關文件。特立此書存照。

此致　各有關醫療院所、警察機關、消防（救護）機關、監理機關、地檢署、海巡機關、壽險公會、產險公會、保險公司、內政部移民署、相關單位或個人

□立同意書人同意隨本聲明書提供國民身分證或護照正反面影本予台灣人壽,並授權台灣人壽提供予上揭單位作為查詢資料之用。

□因立同意書人屬(□未成年人□受監護宣告之人□受輔助宣告之人),故法定代理人/監護人/輔助人同意隨本聲明書提供國民身分證、護照正反面或戶口名簿影本等關係證明文件予台灣人壽，並授權台灣人壽提供予上揭單位作為查詢資料之用。

立　同　意　書　人　簽　章：＿＿＿＿＿＿＿＿身分證字號：＿＿＿＿＿＿

法定代理人/監護人/輔助人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿身分證字號：＿＿＿＿＿＿

因應各機關、單位之需求，請「簽名」加「蓋章」，以免後續再行照會補附文件。如立同意書人如為未滿 7 歲之未成年人或為受監護宣告之人，應由其法定代理人或監護人代理填寫本聲明書；立同意書人如為滿 7 歲以上之未成年人或為受輔助宣告之人，應由立同意書人填寫本聲明書後，由其法定代理人或輔助人於本聲明書簽章表示同意。

聯絡地址：□□□＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

聯絡電話：(　　)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿行動電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

中　　華　　民　　國：＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿日