



中國信託金控

台灣人壽



* B 3 Q 1 Q 1 1 *

保險理賠給付申請書(OIU 專用)

申請項目 Benefits Claimed	☐ 身故Death Benefit ☐ 完全失能Disability(原「殘廢」用詞，配合保險法部分條文修正，自107年6月15日起改為「失能」) ☐ 其他Other			
保單號碼 Policy No.			* 事故時間 Date and time of the incident 西元 年 月 日 時	
事故者姓名 Insured	* 事故之具體地點、經過及就醫情形 Detailed description of the occurrence of the incident			
護照號碼 Passport No.				
出生年月日 Date of Birth				
* 事故時職業內容 Occupation	* 處理警憲單位： * 處理警員姓名： 電話：			
匯款資訊	* 付款方式Payment Details限電匯Bank transfer請詳填下列資料 (限受益人本人或其法定代理人之帳戶must be the same as the Claimant) 請務必填寫正確帳戶資料，如若不清楚金融機構及分行代碼(SWIFT CODE)，請洽所屬銀行客服或往來分行詢問。			
	戶名 Account's Claimant Name	金融機構及分行名稱 Name of Bank and Branch Office	金融機構及分行代碼 (SWIFT CODE)	
	帳 號 Account No.			
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(0 0 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：上述對象所在地地區。(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。				
本人(身故保險金受益人)同意 貴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。				
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。				
茲依保單條款之約定提出保險金申請，同意貴公司因理賠審核之需得查詢保險業通報作業資訊系統與相關保險公司，並約定上述付款方式，爰簽章如下： 立 書 人Signature of Claimant _____ 護照號碼Passport No. _____ (即受益人本人) 法定代理人Signature of Parent _____ 護照號碼Passport No. _____ (Signature of Parent if Insured Person aged under 20.) 聯絡地址Correspondence Address _____ 聯絡電話Contact Tel No. (O) _____ Ext. _____ (H) _____ (Cell Phone) _____ E-mail Address _____ 申 請 日 期Date _____ 年 _____ 月 _____ 日				
送件人姓名： 送件單位：		受理欄	送件單位/受理日期	理賠單位/受理日期
送件人身分證字號： 送件人手機：				
未使用到文件的返還方式： ☐ 逕寄受益人 ☐ 由業務人員轉交 (若未勾選將一律寄給受益人)				

於本公司企業網站 www.taiwanlife.com 保戶天地完成註冊之要保人，可享有登入查詢理賠紀錄及進度等服務，歡迎多加利用！

申請各項理賠給付應檢附文件

應備文件	申請項目	疾病身故	意外身故	完全失能 (原「殘廢」用詞，配合 保險法部分條文修正， 自 107 年 6 月 15 日起 改為「失能」)
保險單/其謄本		√	√	√
病歷資料調閱及事故確認授權書		√	√	√
理賠申請書		√	√	√
詳細診斷證明書/失能診斷證明書				√
死亡證明書/相驗屍體證明書		√	√	
被保險人除戶戶籍謄本		√	√	
受益人身分證明文件		√	√	√
FATCA 暨 CRS 身分證明書(個人適用)		√	√	√

※注意事項：

- 一、病歷資料調閱及事故確認授權書為通用查詢聲明書。如若調閱需使用專用病歷同意書時，本公司將另行提供。
- 二、國外事故：1. 保戶於國外發生事故，除了保單條款約定所列的文件外，須檢附經中華民國駐外單位(館處)或其授權之機構驗證之必要文件，若併檢附護照影本及就醫詳細病歷影本，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。
- 三、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，由承辦人員另行通知補全。
- 四、申請身故、完全失能等，若保險單遺失時，請另填寫保單遺失聲明書。
- 五、受益人身分證明文件至少兩種證件，包括有效之護照影本、駕照、居留證、台胞證等相關證明文件。
- 六、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「法定繼承人聲明書暨同意書」及「戶籍謄本」，以利辦理。
- 七、投資型保險之理賠申請因涉及贖回作業，以每一工作日 15 時前送達本公司理賠中心當日開始受理，逾期則以次一工作日為受理日。
- 八、因應美國海外帳戶稅收遵循法案(FATCA 法案)要求，若身故受益人具有美國公民、美國永久居留權(包括但不限於綠卡持有者)及符合實質居住測試之個人，請於申請身故保險金的同時填寫相關表單，以維護權益，免遭受美國稅法上不利處遇。
- 九、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，詳請可參閱台壽官網→最新消息→商品公告專區(<https://www.taiwanlife.com/SiteMap/23>)。
- 十、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，歡迎至台灣人壽官網(www.taiwanlife.com)或電客戶服務專線 (886)2-8170-5156 及下列電話轉理賠人員，我們將竭誠為您服務。【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
台北分公司：台北市中正區忠孝西路一段 50 號 2 樓
新竹分公司：新竹市四維路 130 號 12 樓之 1
台中分公司：台中市西屯區惠中路一段 88 號 13 樓之 1
嘉義分公司：嘉義市德安路 3 號 3 樓
台南分公司：台南市成功路 457 號 8 樓
高雄分公司：高雄市前鎮區中山二路 91 號 1 樓
東部分公司：花蓮市國聯一路 167 號 8 樓

電話：(02)81709888 傳真：(02)27858651
電話：(02)23612023 傳真：(02)23611342
電話：(03)5219221 傳真：(03)5251156
電話：(04)22522505 傳真：(04)22522718
電話：(05)2316605 傳真：(05)2315481
電話：(06)2231845 傳真：(06)2290452
電話：(07)5363008 傳真：(07)5363778
電話：(038)324378 傳真：(038)352682

病歷資料調閱及事故確認授權書

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,立授權書人_____ (與事故人關係:☐本人☐配偶☐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 貴醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位,索引、查詢(包含以查詢為目的之醫療院所網路掛號系統、電話語音掛號系統之操作或配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之掛號行為)、調閱、抄錄、影印事故人就診相關病歷、電腦檔案資料及本案事故資料以為參證之用,授權查詢事項如下:

一、事故人基本資料

姓名: _____、生日: 民國_____年_____月_____日、身分證字號: _____

二、事故人就診及事故資料查閱範圍(請就查詢範圍勾選後依示填寫,可複選)

☐事故人在 貴醫院(診所)之全部門、急診紀錄。

☐如有在 貴醫院(診所)住院者,另提供各該次住院之全部出(住)院病歷摘要。

☐查詢自_____年_____月_____日往前回溯_____年(不得超過5年)之全部門、急診紀錄。

☐前開期間內如有在 貴醫院(診所)住院者,另提供期間內各該次住院之全部出(住)院病歷摘要。

☐特定就診資料:

查詢期間: _____年_____月_____日前_____年(月)內。

就診科別: _____(應具體列明,但不以一科為限)

就診病名: _____(應具體列明,但不以一項病名為限)

查詢項目(請勾選,可複選): ☐門、急診紀錄 ☐出(住)院病歷摘要 ☐檢驗紀錄 ☐護理紀錄

☐其他_____

☐查詢_____年_____月_____日發生之交通事故資料,包含(請勾選,可複選)

☐酒精濃度 ☐現場圖 ☐現場照片 ☐交通事故初步分析研判表 ☐其他_____

☐其他: _____

三、授權書有效期間: 本授權書簽立日期起6個月。

上述欄位如有空白,立授權書人同意委由台灣人壽人員於個人資料保護法規範圍內代為填寫,並聲明:

立授權書人同意並委託台灣人壽就本授權書為影印使用,影本與正本具同等效力且依前述內容辦理。

若因醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位要求提供特定格式聲明書,本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。特立此書存照。

此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位

立授權書人簽名並蓋章: _____ 身分證字號: _____

法定代理人/監護人簽名並蓋章: _____ 身分證字號: _____

(事故人、身故受益人為未成年人或受監護宣告者或受輔助宣告者,請填寫並請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)

聯絡電話: _____

聯絡地址: _____

本授權書簽立日期: 中華民國_____年_____月_____日