

保險金申請書

申請項目	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 長期照護 <input type="checkbox"/> 實物給付 <input type="checkbox"/> 安寧給付 <input type="checkbox"/> 返還年金保價準備金/帳戶價值 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 <small>※上述申請項目需檢附 FATCA 暨 CRS 身分聲明書(個人適用) ※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」</small>									
	<input checked="" type="checkbox"/> 一般醫療 <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 婦女保險(含生育保險金) <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 其他									
保單號碼	1081234567 (可填多張)			事故時間：107 年 1 月 23 日 <input checked="" type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 8 時 15 分 事故經過情形及發生地點(請詳述意外或疾病經過)						
事故者姓名	王 ○ 美			上學途中被機車撞倒 <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; width: fit-content;"> 意外事故若有報警處理，填寫此區可加速理賠作業。 </div>						
身分證字號	A	2	2	3	4	5	6	7	8	9
出生日期	96 年 10 月 10 日									
職業	學生									
※提醒您：醫療保險金受益人為未成年人時，得以法定代理人為受款人，但因此致本公司不利或損失，願負連帶返還保險金之責，絕無異議。(若法定代理人與要保人非同一人時，首次申請需檢附事故日後之戶籍謄本。)										
付款方式	<input checked="" type="checkbox"/> 匯款	戶名	行庫名稱	分支行庫名稱	帳號					
		王 ○ 美	中國信託商業銀行	城中分行	123456789012					
	<input type="checkbox"/> 理賠通知書交由服務人員親自遞送 <input checked="" type="checkbox"/> 理賠通知書郵寄至聯絡地址 ※提醒您：選擇匯款者，倘若戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得逕行改以掛號支票交付。									
<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 交由服務人員親自遞送 <input type="checkbox"/> 郵寄至聯絡地址 <input type="checkbox"/> 未成年受益人以法定代理人為支票受款人 <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; width: fit-content;"> 戶名、行庫及其分行名稱務必填寫正確，以免退匯。 </div>									
蒐集、處理及利用個人資料告知										
<p>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：</p> <p>一、蒐集之目的：(一)人身保險(00-)(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)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>										
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 <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; width: fit-content; float: right;"> 受益人務必親自簽名；若未成年或受監護宣告，法定代理人/監護人亦需簽名！ </div> 服務或給付。										
病歷、醫療及健康檢查等個人資料 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。										
立書人簽章： (即受益人本人) <u>王○美</u>			法定代理人/ 監護人簽章： <u>王○明</u>							
身分證字號： <u>A223456789</u>			身分證字號： <u>A120123123</u> 關係： <u>父女</u>							
<small>(受益人無法簽章請註明理由；7歲以上被保險人請親自簽名。受益人為未成年人或受監護宣告之人，請填寫法定代理人/監護人，並檢附關係證明。)</small>										
聯絡電話： <u>(02) 8765-4321</u> 行動電話： <u>0901-234567</u> E-mail： <u>al2345@gmail.com</u> <small>(為儘速知悉處理結果及確保本人權益，公司將以手機簡訊方式通知被保險人/受益人。)</small>										
聯絡地址： <u>100 台北市中正區中山北路一段 1234 號 30 樓</u>										
中 華 民 國 107 年 3 月 15 日										
送件單位： 送件人姓名： 登錄證字號： 手機：				受 送件單位 受理日期				理賠單位 受理日期		
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> 1. 填寫行動電話，案件受理及給付時會以簡訊通知。 2. 填寫目前地址，公司會將理賠明細郵寄給您。 </div>										

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	保單 返還 價值 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
								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	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
受益人身分證明或戶口名簿影本	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
詳細醫師診斷書			✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
FATCA 暨 CRS 身分聲明書(個人適用)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
保險單	✓			✓	✓	✓	✓								
死亡證明書/相驗屍體證明書	✓				✓	✓									
除戶戶籍謄本	✓				✓	✓									
詳細失能診斷書或勞工失能診斷書		✓		✓									✓		
病理組織切片或相關檢驗報告			✓								✓				
收據正本及費用明細表								✓	✓						
病歷及其他醫學量表				✓											
要保人或其他應得之人身分證明					✓										
出生證明/已登載出生之戶口名簿															✓

※ 注意事項：

- 一、**癌症險：**
 1. 家庭型之非主被保險人首次申請，需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，由承辦人員另行通知補全。
- ※ 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，詳請可參閱台壽官網→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，歡迎至台灣人壽官網(www.taiwanlife.com)或電客戶服務專線 0800-099-850、(02)81705156 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：台北市中正區許昌街 17 號 16 樓
 新竹分公司：新竹市北區四維路 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：嘉義市西區德安路 3 號 3 樓
 台南分公司：台南市中西區成功路 457 號 8 樓
 高雄分公司：高雄市新興區六合二路 1 號 17 樓
 東部分公司：花蓮縣花蓮市國聯一路 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)2863087 傳真：(07)2854219
 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 王○美 (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：王○美、生日：民國 96 年 10 月 10 日、身分證字號：A223456789

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。特此聲明。

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：王○美 身分證字號：A223456789

法定代理人/監護人簽名並蓋章：王○明 身分證字號：A120123123

(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：8765-4321、0901-234567

聯絡地址：臺北市中正區中山北路一段1234號30樓

本授權書簽立日期：中華民國 107 年 3 月 15 日