



※保險金申請文件共計2頁，第1頁請全部填寫，可避免照會補文件及加速審議時效。
 ※配合保險法修正，理賠相關文件用詞調整，修正前已生效保單之權益不受用詞調整影響。
 ※為加速審理流程，本申請書請申請人逐項填寫。有關應備文件、填寫說明，敬請詳閱第2頁說明。

事故人	事故人姓名	身分證字號							
	要保單位 (大專院校名稱)	<input type="checkbox"/> 團險件	系所	年級	班	學號			
		出生日期	年	月	日				

申請項目

醫療 癌症醫療 重大/特定重大疾(傷)病 豁免保費 各項津貼 生前需求 身故給付 完全失能 部分失能

收據差額給付證明 失能安養扶助保險金一次給付(依商品條款約定會以貼現利率計算) 長期照顧給付 續賠件 其他

本次不同意申請團險保單之理賠(如台端於本公司有團險保單，但此項未勾選視同台端同意申請此保單，基於保單服務，本公司會將本次之理賠申領文件通知台端之要保單位。)

事故內容

事故種類 疾病 意外 **※若為意外，請續填以下欄位**

工作內容

就診身分 健保 自費

事故日期時間 年 月 日 時 分

報案日期 年 月 日

事故地點

處理單位 分局 派出所

處理員警

連絡電話

事故原因及經過情形，請詳述於下：(※若有報案或警方證明文件或報章雜誌媒體報導，請提供剪報或相關資料。)

給付方式

支票 由送件單位服務人員轉交 郵寄事故人之本次申請書聯絡地址

郵寄其他指定地址： ※此欄如未勾選或填寫，將依事故人留存公司最新之地址(住所)寄送之。

理賠給付明細表寄送方式 併支票寄送 無須寄送 (此欄如未勾選，將併同支票寄送)

匯款至前次理賠帳戶 匯款至受益人帳戶 匯款至法定代理人或監護人之帳戶 **※為加速給付時效，建議採取匯款方式**

戶名 金融機構名稱 分行名稱 帳號

理賠給付明細表寄送方式 本次申請書聯絡地址 無須寄送 ※此欄如未勾選或填寫，將依事故人留存公司之最新地址(住所)寄送之。

1. 醫療保險金受益人為未成年人且給付金額於20萬元(含)內，得選擇匯款至法定代理人或監護人(且須為要保人本人)之帳戶。2. 若醫療保險金受益人與要保人同一人，如為成年人且給付金額於20萬元(含)內，得選擇匯款至法定代理人或監護人(須附關係證明文件)之帳戶。3. 符合前述1或2之給付方式，則視為本公司已對受益人給付，但因此致成本公司之損害時，受益人及受款人願負連帶返還保險金之責，絕無異議。

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容：
 遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項規定，向 台端告知下列事項，敬請 台端詳閱：

一、**蒐集之目的：**人身保險(001)、金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(059)、金融爭議處理(060)、金融監督、管理與檢查(061)、保險監理(066)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、其他經營合於營業登記目的或組織章程所定之業務(181)等合理關連之特定目的。
 二、**蒐集之個人資料類別：**以 台端與本公司往來之業務及契約書、授權書及申請書等所列，包括姓名、身分證統一編號、聯絡方式、金融機構帳號、學校紀錄、意外或其他事故及有關情形、現行受僱情形、病歷、醫療、健康檢查等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、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再保險公司、依法有調查權機關或金融監理單位(三)地區：上述對象所在地區。(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：台端得至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線(0800-083-083)行使權利。
 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，本公司將可能延後或無法進行必要審核及處理作業，因此可能遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

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：
 立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法等相關法令所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

聲明同意事項：
 1. 被保險人/受益人同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
 2. 本人同意委任「送件業務員/保險代理人或保險經紀人/服務員」代為處理理賠申請事宜，並同意 貴公司將理賠申請相關文件/資訊由前開受任人轉知予本人。
 3. 申請身故/完全失能保險金，依條款規定須檢附保險單而未檢附者，視為已遺失，受益人聲明保險單作廢無須補發。
 4. 若為申領身故給付，為確認本次理賠申請所檢附檢驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本人(受益人)同意遠雄人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

立書人(即被保險人/受益人)簽名：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(醫療保險金受益人為事故人本人) (受益人為未成年人或受監護或受輔助宣告之人需填寫)

行動電話：_____ 聯絡電話：() _____

***本公司將提供簡訊通知理賠進度，立書人請確認行動電話號碼清楚正確，以利接收相關通知訊息。**

聯絡地址：同「事故人留存公司最新之地址(住所)」(申請旅行平安險者不適用本項勾選，請務必詳填地址)

縣 鄉鎮 村 路 段 巷 號之

市 市區 里 街 弄 樓之

@yahoo.com.tw @hotmail.com @gmail.com

E-mail: _____ @fglife.com.tw 其它@_____

申請日期：中華民國 年 月 日 (※若未填寫，以本公司受理當日為申請日)

申請團體保險理賠請用印要保單位大小章

要保單位用印 負責人用印

服務人員/受託人簽章：_____ 登錄證字號：_____ 送件單位/代碼/保經保代簽署章 _____ 行政助理/團保部受理章 _____

E-mail: _____ 行動電話：_____

申請各項保險給付應檢附文件一覽表 (✓: 個險及團險適用 ◎: 個險適用 △: 團險適用 ★: 學保適用)

申請項目 應備文件	醫療			失能		身故			長期照顧		重大 疾病 (特定重 大疾病)	重大 傷病	特定 傷病	豁免 保費	失能 (能) 扶 助保 險金 (完全失 能)	喪失 工作 能力、 所得 補償 給付	生育 津貼	眷屬 喪葬 津貼	骨折	生前 需求 提前 給付	住院 慰問 保險 金
	醫療 日額 型	實支 實付 型	癌症 醫療	部份 失能	完全 失能	疾病 身故	癌症 身故	意外 身故	長期 照顧 一	次保 險金 一											
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	◎	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
診斷證明書	✓	✓	✓	✓	✓				◎	◎	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎		✓	✓	
巴氏量表或臨床失智評分 量表或其他專業評量表									◎	◎											
長期照顧狀態之相關病歷 摘要									◎	◎											
全民健保核發之重大傷病 證明文件正本												◎									
收據正本及費用明細表		✓																			
X光片(碟)																					✓
出生登記戶籍謄本																	◎				
死亡證明書						✓	✓	✓													
除戶戶籍謄本						✓	✓	✓													
受益人身分證明 (如身分證影本、戶籍謄本)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	✓
法定繼承人聲明同意書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	✓
相關檢驗或病理切片報告			✓				✓				✓		✓	✓							
外幣存款帳號之證明文件 (外幣保單適用)					◎	◎	◎	◎													
康富醫療健康保險附約住 院慰問保險金申請書(專用)																					◎
「區域醫院」層級以上開立之 之診斷書、病歷摘要 (保安康重大傷病一年定期健 康保險附約適用)												◎									
住院證明文件 (如住院診斷證明、床頭卡個 人資料影像、病人手圍影像)																					◎
職業災害證明勞工 保險給付收據影本				△	△	△	△	△							△	△					
學籍資料證明文件(需蓋 學校大小章及承辦人員章)						★	★	★													
保險單					◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎		◎						

一、注意事項：

- 各項保險給付申請，除依上述表列應備文件檢附送件，其中領文件仍以保單條款約定為準，倘為理賠審核必須增補其他文件者，將由承辦人員另行通知。
- 國外開立之證明文件應依相關法令規定進行公證及驗證後使用，詳情可上外交部領事事務局網站查詢(網址: www.boca.gov.tw)。
- 身故原因為「解剖鑑定」者，應補「解剖鑑定報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 因「骨折」申請意外傷害醫療保險金或失能理賠時，除檢附診斷證明書，並請檢附X光片以確認傷害部位及骨折程度(完全骨折、不完全骨折或龜裂)。
- 申請意外身故或完全失能時，為加速理賠作業，請一併附上「意外傷害事故證明文件」(如警方證明文件)。
- 為有利於理賠調查作業，承辦人員可能會通知補具各機關(醫院)專用「全民健康保險保險人提供資料申請書」、「同意查詢暨授權聲明書」。倘立書人為事故人/身故受益人之法定代理人/監護人/輔助人時，請另檢附關係證明(如戶口名簿影本、法院宣告裁定等)。
- 申請完全失能之被保險人如為受監護宣告尚未撤銷者，需檢附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。
- 申請與「癌症」有關之理賠(如：重大疾病、癌症醫療、癌症身故、豁免保費)，應檢附癌症病理切片或相關檢驗報告以資證明。
- 醫療原因為剖腹產給付，地區醫院等級(含)以上免附病歷，婦產科診所需檢附病歷影印本或產程記錄。
- 受益人身分證明係指受益人之戶籍謄本或受益人身分證正反面影本(若受益人指定為法定繼承人，除身分證正反面影印本外，尚須檢附受益人之全部戶籍謄本並填具「繼承人聲明同意書」，以明確認受益人人數與給付金額)。
- 申請「失能安養(完全失能)扶助保險金」者，每年申領給付時應提出可資證明被保險人生存之文件，如戶籍謄本。
受益人申領完全失能之保險金、失能安養(完全失能)扶助保險金時，本公司得對被保險人的身體予以檢驗，必要時並得經受益人同意調閱被保險人之就醫相關資料，其一切費用由本公司負擔。但不因此延展保險公司依條款約定應給付之期限。
- 非本人提出理賠申請時，須附委任書辦理。
- 依全民健康保險法與全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法之規定：
13.1 歸責保險人未在15日內給付保險金所衍生之延滯利息係屬所得稅法所稱之利息所得，為補充保險費之扣取範疇。
13.2 延滯利息單次給付金額達新台幣貳萬元者，本公司應按規定之補充保險費率扣取補充保險費。
- 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、密集投保或保險給付低於或相當於已繳保費等之保險給付件，若有規避遺產之情形，稽徵機關仍然可以按照稅法實質課稅原則辦理。
- 當被保險人身故或完全失能或保險金總額已達給付上限或主契約因非屬身故之保險事故而致主約終止後，若不同意附約延續承保，可另洽遠雄人壽保戶服務部辦理終止附約。

※自行郵寄保險金申請書辦理者，請郵寄至總公司或分公司下列地址收。

※台北總公司：11073 台北市信義區松高路1號27樓 理賠部

電話：02-2758-3099 傳真：02-8789-2484

※台中分公司：40759 台中市西屯區台灣大道二段635號 理賠科

電話：04-2329-5550 傳真：04-2329-1060

※高雄分公司：80247 高雄市苓雅區三多四路112號1樓 理賠科

電話：07-330-9523 傳真：07-535-4066

客戶免付費電話：0800-083-083