

送件單位	服務人員 姓 名	聯絡電話	行政助理受理章	通訊處主管簽署
	服務人員 ID	行動電話		

一、申請項目

※申請各項保險金應檢附文件及注意事項，敬請詳閱背面說明。

身故或殘廢類 01身故給付 02全殘給付，另聲明：不同意配偶及子女附約延續承保（如未勾選，將自動延續承保）  
03殘廢給付

醫療類 04傷害門診醫療 05疾病或傷害住院醫療（醫療日額給付、實支實付醫療給付） 06防癌醫療

其他類 07重大疾病 08失能給付 09豁免保費 10各項津貼（生育、喪葬、骨折未住院）  
11其他給付（如生前需求提前給付、失蹤墊付、先天性重大殘缺.....）

※本申請書請逐項填寫，紅框部份請務必填寫，以利理賠服務。

二、事故人資料

保單號碼： \_\_\_\_\_ 事故人姓名： \_\_\_\_\_ 事故人與主被保險人關係：本人 配偶 子女

身分證字號： \_\_\_\_\_ 出生日期： 年 月 日 服務單位： \_\_\_\_\_

聯絡電話： \_\_\_\_\_ 行動電話： \_\_\_\_\_ E-mail： \_\_\_\_\_

住所地址： \_\_\_\_\_ 縣/市 \_\_\_\_\_ 鄉/鎮/區/市 \_\_\_\_\_ 村/里 \_\_\_\_\_ 路/街 段 巷 弄 號 樓之 \_\_\_\_\_

工作地址：同上 \_\_\_\_\_ 縣/市 \_\_\_\_\_ 鄉/鎮/區/市 \_\_\_\_\_ 村/里 \_\_\_\_\_ 路/街 段 巷 弄 號 樓之 \_\_\_\_\_

三、事故原因

事故種類：疾病 意外 就診身分：健保 自費 若為意外事故，則以下欄位務必詳細填寫

就診時間： \_\_\_\_\_ 醫療院所： \_\_\_\_\_ 事故時間： 年 月 日 時

診斷病名： \_\_\_\_\_ 事故地點：自家 職場 其他：

是否痊癒：是 否 原因及經過情形： \_\_\_\_\_

是否曾經或正向其它保險公司申請理賠：否 是

保險公司名稱： \_\_\_\_\_

處理單位： \_\_\_\_\_ 分局 \_\_\_\_\_ 派出所 \_\_\_\_\_

員警姓名： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

四、給付方式

支票 寄送件通訊處 寄保戶地址：同要保書之收費地址  
其他： \_\_\_\_\_  
有取消支票禁止背書轉讓需求，請另附支票變更申請書並驗證受益人身分後始予受理此項作業。

匯款

戶 名	銀 行	分 行	帳號(帳號請參照存摺，由左自右填寫)
	郵局	支局	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

外幣帳戶 ※外幣帳戶：請填寫中英文戶名並提供存摺影本。提醒您，外幣保單僅可選擇匯款方式。

匯款 (外幣保單專用)	戶名(中文/英文)	金融機構及分行名稱	通匯代號 (Swift Code)	外幣帳號
----------------	-----------	-----------	----------------------	------

※匯款必須為受益人帳戶，若受益人為未滿七歲之未成年人或為禁治產人，得以其法定代理人或監護人之帳戶為匯款帳戶，另須檢附受益人或法定代理人之存摺影本。  
※如因匯款資料錯誤或無法辨識時，本公司得逕改以開立支票給付。

申請人(受益人)簽名： \_\_\_\_\_

**同 意 書**

茲檢具本申請書及相關文件向遠雄人壽保險事業股份有限公司申請理賠給付，本人並同意 貴警分局（派出所、交通隊）、醫院（診所）、醫務人員、保險公司將本人曾接受過診療之有關病歷、電腦資料或與本案事故有關之筆錄、報告提供予遠雄人壽保險事業股份有限公司調閱、抄錄或影印以為參證之用，本同意書之影本與原本具同等效力。此致各有關單位、人員。

立同意書人簽名： \_\_\_\_\_ 身分證號碼： \_\_\_\_\_  
(醫療保險金受益人為事故者本人)

法定代理人簽名： \_\_\_\_\_ 身分證號碼： \_\_\_\_\_  
(受益人為未成年人或禁治產人需填寫)

申請日：中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日