



※保險金申請文件共計4頁，第1、3、4頁請全部填寫，可縮短照會補文件及調閱病歷時效。
 ※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)	系所 _____ 年級 _____ 班 學號: _____

申請項目

一般醫療 癌症醫療 重大疾病 豁免保費 各項津貼(生育、喪葬) 生前需求提前給付 收據差額給付證明

身故給付 完全失能給付 失能給付 失能安養扶助保險金一次給付(提醒您,依商品條款約定會以貼現利率計算)

長期照顧給付 僅申請個人人身保險保單理賠,不同意申請團體保險理賠 續賠件 其他

事 故 內 容	事故種類	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外※若為意外,請續填以下欄位	工作內容	就診身分	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 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

匯款至受益人帳戶 匯款至法定代理人或監護人之帳戶 匯款至前次理賠帳戶 ※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滿20歲之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,為未滿20歲之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(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、病歷、醫療、健康檢查等必要個人資料類別為限。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:

- 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。
- 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。
- 同意查詢暨授權聲明書、「各醫院專屬病歷資料調閱授權書」及「衛生福利部中央健康保險署之全民健康保險保險人提供資料申請書」,其內容若有欄位空白或漏勾選之情形,本人同意委由遠雄人壽人員代為填寫、勾選。
- 如申請身故/完全失能保險金,因保險單遺失,本人聲明保險單作廢,無須補發。(同意者請勾選,未勾選者視為不同意)
- 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: () _____

*請填寫行動電話號碼,本公司會以簡訊通知理賠進度。

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)

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



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 失失)	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	身故 或意 外	疾病 身故	意外 身故	長期 照顧 一	次保 險金 扶											
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			✓				✓				✓		✓	✓							
同意查詢暨授權聲明書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓
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，其申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「解剖鑑定中」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「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」，以便確認受益人數與給付金額)。
- 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新台幣5,000元~1,000萬元者，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理賠單位收。

※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

客服免付費電話：0800-083-083

全民健康保險保險人提供資料申請書

當事人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號												
戶籍地址	縣市	鄉鎮市區			路街	段	巷	弄	號	樓	室								
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區			路街	段	巷	弄	號	樓	室								
聯絡電話	()				資料項目範圍	<input type="checkbox"/> 1. 年 月至 年 月就醫資料 (擇一勾選): <input type="checkbox"/> 簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」) <input type="checkbox"/> 費用格式 <input type="checkbox"/> 醫令格式 <input type="checkbox"/> 2. 投保資料 (擇一勾選): <input type="checkbox"/> 目前在保資料 <input type="checkbox"/> 全部。 <input type="checkbox"/> 3. 其他 _____。 <small>註：1.授權保險公司申請僅提供上述第 1 之簡易格式或 2 項資料。 2.囿於保險人資料庫容量，上述資料僅就主機現有檔案範圍提供。</small>													
使用目的	申請商業保險				當事人簽名					日期	年 月 日								
代理人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號												
戶籍地址																			
聯絡地址																			
聯絡電話					與本人關係	保險契約委託	代理人簽名												
							申請日期				年 月 日								
公司行號	名稱：遠雄人壽保險事業股份有限公司 負責人姓名：孟嘉仁				公司地址：台北市信義區松高路 1 號 28 樓 公司電話：02-27583099														
應附證明文件	1. 當事人授權書 2. 當事人身分證正反面影本或戶口名簿影本 (臨櫃申請，請檢附正本以供查驗) 3. 代理人身分證明文件正反面影本 (臨櫃申請，請檢附正本以供查驗) 4. 其他 _____																		

當 事 人 授 權 書

本人茲因壽險理賠(事由)之需要，同意由代理人 (與本人關係：保險契約委託)，向全民健康保險保險人申請提供 如申請書所勾選之資料項目及範圍，且作為壽險理賠之用(如：壽險理賠)。如代理人有逾越授權申請資料之範圍，或將申請之資料作為它用時，由代理人依法負責。資料影本 不需要、 需要 請中央健康保險署以掛號副知本人，郵遞費用由代理人支付中央健康保險署。

授權人(即保險對象)姓名

蓋章

(親自簽章) 授權日期 年 月 日

同意查詢暨授權聲明書

茲因申請遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱遠雄人壽)保險給付之需要，由立同意書人以被保險人(姓名：_____，生日：民國____年____月____日生，身分證統一編號：_____)之本人父母配偶子女繼承人(關係：_____)之身分，請 貴醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司或其他相關之單位或個人，協助遠雄人壽指派之人員索引、查詢(包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作，或配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為)、問診、調閱、抄錄、影印自契約生效日：民國____年____月____日前五年內迄本同意聲明書簽章日為止，不限科別之所有就診病歷(病名：_____)、投保資料或其他與本次保險事故相關資料(包含書面及電腦檔案)以為參證之用，恐口說無憑，特立此書為證。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由遠雄人壽人員代為填寫，並聲明：立同意書人同意並委託遠雄人壽就本同意聲明書為影印使用；立同意書人同意本同意聲明書之影印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、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位要求提供特定格式同意書，本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。

此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位或個人。

立同意書人：_____ [簽名] _____ [蓋章]

身分證統一編號：_____

法定代理人：_____ [簽名] _____ [蓋章]

身分證統一編號：_____

(立同意書人為未成年者，請法定代理人簽名並蓋章，並請檢附身分證正反面影本及戶口名簿影本等關係證明文件。)

聯絡電話：

行動電話：

聯絡地址：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 請於申請理賠時一併在本聲明書簽名及蓋章，並檢附身分證正反面影本，若經評估本案需要查詢病歷，本公司將會盡速辦理。提醒您，若未簽名及蓋章將會影響本次理賠辦理的速度。
2. 部分醫院(如：臺大醫院、各地榮民總醫院、各衛生福利部醫院、各地慈濟醫院…等)會有要求使用該院之專用制式表格，如需要時會通知您再行補立專用制式同意書，屆時請您惠予協助。
3. 如為身故案件，立同意書人須為被保險人之法定繼承人，並檢附立同意書人之身分證正反面影本及與被保險人之關係證明(如：戶籍謄本、戶口名簿影本等文件)。