

配合保險法部分條文修正，理賠相關文件進行用詞調整，用詞對照詳後說明。修正前已生效保單之保戶權益不受影響。

投保類別： <input type="checkbox"/> 大團險 RC 險 <input type="checkbox"/> 小團險 C/B 件 <input type="checkbox"/> 團體 MG 件 <input type="checkbox"/> 本公司員工團保件 <input type="checkbox"/> CPI 學生暨教職員團體 <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> 其它						
申請項目： <input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金 <input type="checkbox"/> 住院醫療日額保險金 <input type="checkbox"/> 住院醫療保險金 <input type="checkbox"/> 癌症醫療保險金 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/> 申請差額給付證明 <input type="checkbox"/> MG 件申請身故或完全失能案件：因保險單遺失時，本人聲明保險單作廢。						
要保單位：		保單號碼：		員工部門別：		
事故人基本資料	員工姓名：	生日： 民國 年 月 日	身分證號碼：		員工編號：	
	事故人姓名：	生日： 民國 年 月 日	身分證號碼：		事故人與員工關係：	
	事故人聯絡電話	()	行動電話	E-mail		
	員工聯絡電話	()	行動電話	E-mail		
	事故人住所地址	縣/市 鄉/鎮/區/市 村/里 路/街 段 巷 弄 號 樓				
保險事故	事故時間： 民國 年 月 日 時		<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外		就診身分 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	
	處理單位： 分局/ 派出所		處理警員：		電話：	
	請說明保險事故發生地點、原因、經過情形及診斷(如為車禍事故，請填駕車號)					
醫療保險金	受益人(即事故被保險人，下稱本人)授權被保險員工全權受領保險金聲明： <input type="checkbox"/> 是(請填寫以下資料)； <input type="checkbox"/> 否(即仍由受益人申領保險金) 被保險員工 _____ (員工簽名) 為本人投保 貴公司之員工眷屬醫療團體保險，就有關本人醫療保險金申領事宜，本人全權授權被保險員工代為受領(下列匯款帳戶請填寫被保險員工之帳號)，有關醫療保險金之給付經給予被保險員工後即視同給付予本人，特此聲明。					
	給付方式	1. <input type="checkbox"/> 匯款 2. <input type="checkbox"/> 支票(帳戶資料不須填寫) 3. <input type="checkbox"/> 匯入前次理賠帳號				
	帳號戶名	身分證號碼		行動電話		聯絡市話
	金融機構	<input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> 銀行		分行	分行代碼 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	帳 號	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
*身故保險金有二人以上受益人時，請另填寫「理賠申請書附表-保險金給付聲明」 *帳號請參照存摺由左而右填寫，如不足 14 碼者，請空白，勿補零。戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。						
聯絡地址	縣/市 鄉/鎮/區/市 村/里 路/街 段 巷 弄 號 樓					
理賠申請告知暨注意事項	富邦人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法及洗錢防制法相關規定，向 台端告知下列事項，請 台端務必詳閱。 本公司因辦理您的理賠申請與查證事故經過，會需要蒐集、處理及利用您的個人資料(如姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷或醫療、健康檢查等)，該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定執行業務之期間內被處理或利用。您的個人資料除了基於海外急難救助服務、境外理賠申請文件轉送服務、再保險業務或委外業務執行的需要會在我國境外處理及利用外，僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內供本公司及上傳產壽險公會建立查詢系統、本公司的委外廠商、保險事業發展中心、金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用，若申請項目為身故保險金時，為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本公司將提供前開資料予衛生福利部死亡通報系統以進行資料比對。本公司保有您的個人資料時，您可以至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複製本。若您的個人資料有誤或記載不完全，您可以書面通知補充或更正，但依法您應為適當的理由說明；若尚有其他疑義時，您也可以書面通知本公司停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料。若您選擇不同意提供或是提供之個人資料不完全時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能延遲或無法提供相關理賠給付。 此外，個人或法人、團體於理賠申請時，需提供身分證證明文件或法人、團體登記證明文件、股權結構資料及負責人、董監事、總經理、出資25%以上股東之基本資料。					
	特種個資同意書 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書 立書人(以下簡稱本人)同意 貴公司基於理賠申請與查證事故經過需要，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所規定範圍內(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。 此致 富邦人壽保險股份有限公司 立書人(即被保險人)/受益人簽章： _____ 法定代理人/監護人/輔助人簽章： _____ 法定代理人/監護人/輔助人身分證號碼： _____ 中 華 民 國 年 月 日					
*本人申領保險給付，已確認上列相關資料正確無誤，本件為保險經紀人公司送件申請時，由保險經紀人公司代理簽收保險給付通知書。 *立書人、受益人為未成年人、受監護或輔助宣告之人時，應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽名同意。						
送件人員資料	送件(見證)人員簽章		登錄字號/執業證書編號		送件人員行動電話	
	*本申請書上受益人之簽名，或其身分證影本之真實，均係由本人見證，且本人保證無任何其它虛偽情事。					
單位代碼		要保單位簽章	承辦人員	助理簽章	理賠單位收文章	

※本申請書請逐項填寫，應備文件及注意事項請參考背頁說明；如您有申請理賠的需要，可透過您的業務人員或親至櫃檯辦理，簡單又方便，無須委由他人代辦，以確保您自身的權益。

一、申請各項保險給付應檢附文件一覽表：

申請項目	身故	完全失能	完全失能扶助 / 失能扶助金	失蹤	部分失能	重大疾病	實支實付醫療	意外醫療	日額型醫療	癌症醫療	喪失工作能力險	骨折津貼	生育保險金	職業傷害	職業災害	醫事人員愛滋病保險
理賠申請書	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
診斷證明書						√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
正本收據							√	√								
死亡證明書/死亡宣告判決/相驗屍體證明書	√			√										√	√	
被保險人除戶戶籍謄本	√			√										√	√	
受益人身分證明	√	√	√	√	√									√	√	
病理切片報告、相關檢驗報告						√				√						
X光片(碟)											√	√				
保險單	√	√		√		√										
請假單											√					
失能診斷書		√	√		√									√	√	
醫療費用明細							√	√								
社保就醫證明							√	√								
出生證明													√			
勞保給付收據																√
感染 AIDS 檢驗報告																√

用詞對照：配合保險法部分條文修正，用詞異動依下表調整。

原用詞	殘廢	死殘	全殘	殘障	殘缺	殘扶	殘疾	傷殘	失能	腦中風後殘障
替代用詞	失能	死亡及失能	完全失能	機能障礙	缺損	失能扶助	疾病失能	傷害失能	喪失工作能力	腦中風後障礙

*申領復健門診或復健住院或傷害失能裝置保險金，須另檢附費用證明文件。

*其它因特殊案件所須未列出之詳細文件內容，悉以保單條款規定為準。

*特殊案件若因為理賠審核之必要而須提供其它資料時，將由理賠承辦人員另行通知，屆時敬請儘速補齊以加速理賠處理時效。

*申請事故發生於台灣、澎湖、金門、馬祖地區以外時，除檢附原保單條款所列文件之外，請檢附護照影本(含出、入境戳章)等證明文件以確認身分，並請提供海外相關就診之完整病歷，若為申請身故、失能保險金時，各項文件須先經駐外單位認證，再送理賠作業單位審核，以加速理賠處理時效。

*如為自負額型醫療請檢附自負額證明文件(如健保給付明細)。

*受益人或要保人申領之保險金債權遭法院(或執行機關)扣押時，倘為維持自己及共同生活親屬之生活所必需者，得依強制執行法第 12 條規定，向法院(或執行機關)聲請或聲明異議。

*理賠申請文件及所須檢附之相關文件或理賠服務可至富邦金控官網下載查詢(<http://www.fubon.com>)

24 小時保戶服務專線：0809-020-099

二、申請注意事項：

- 1、申請身故、完全失能等相關理賠致主契約終止時，若保險單遺失請於【因保險單遺失時，本人聲明保險單作廢。】欄中勾填。
- 2、本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽章，受益人定義說明如下：

a、申請醫療、重大疾病、失能或喪失工作能力保險金，受益人為事故人本人。

b、申請身故保險金，受益人為要保人指定之身故受益人。

*受益人為未滿二十歲且未婚之未成年人時，除本人簽章外，尚須法定代理人簽章。

註：未滿七歲者，應由法定代理人代簽。

*受益人為受監護或輔助宣告之人時，請檢附法院監護或輔助宣告裁定書及裁定登記後之監護人或輔助人戶籍謄本，由監護人或輔助人簽章協助申請，受款人仍為受益人本人。

*對於被保險人身故前發生之應給付醫療保險金，若未指定受益人時，依民法給付對象為被保險人的法定繼承人，須改由法定繼承人簽章，另請檢附「繼承人聲明同意書」及所有法定繼承人的戶籍謄本。

3、身故原因之死亡原因為「解剖鑑定中」者，受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。

4、「失蹤案件」須先向法院辦理死亡宣告後始得憑辦，如認為極可能因意外傷害事故而死亡者，可檢附相關意外證明文件辦理。

5、若受益人身分證明檢附戶口名簿時，請向戶政單位申請「現住人口省略記事」之種類即可。

6、申請項目為醫療給付時，請依申請險種條款約定之給付項目，於診斷證明書中詳細記載診斷名稱、入出院日期、手術名稱及日期、門診日期及放射線日期等項目。

理賠申請文件郵寄地址如下，如欲親臨本公司辦理，請洽各地服務中心，詳細地址可至富邦金控官網查詢。

※總公司理賠部：台北市信義區東興路 71 號 1 樓 電話：(02) 2345-5111 傳真：(02) 6638-5600

※中區理賠科：台中市西屯區文心路二段 107 號 16 樓 電話：(04) 2259-0968 傳真：(04) 2258-1096

※南區理賠科：高雄市新興區民族二路 95 號 11 樓 電話：(07) 235-3663 傳真：(07) 235-0276

同意查詢聲明書

茲因申請富邦人壽保險股份有限公司(下稱富邦人壽)保險給付之需要，

立書人：_____以被保險人_____身分證號碼：
_____（關係為 本人 受益人 法定代理人或監護人）之身分
同意委託富邦人壽向 貴機構/單位索引、查詢、調閱、抄錄或影印本案相關保險事故資
料或被保險人自契約生效日（民國____年____月____日）之前五年內迄本聲明書簽章日為
止，不限科別之特定疾病的相關病歷（病名：_____），
以為參證之處理及利用，本人並同意富邦人壽就本聲明書得影印使用，其影本與正本具相
同效力。

此致

有關醫療機構、警察機關、消防機關、監理機關、海巡機關、或其它相關單位及個人

立書人簽章：_____ 身分證號碼：_____

(如立書人為未成年人或受監護或輔助宣告之人，請由法定代理人、監護人或輔助人簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

電話(或行動電話)號碼：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ 身分證號碼：_____

(如立書人為受部分輔助宣告之人，請法定輔助人一併簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

中 華 民 國 年 月 日

親愛的保戶您好，請閱讀下列說明事項

- 一、本聲明書僅供向醫療機構調閱事病人病歷或查證事故紀錄經過之用，不另做其它用途。
- 二、若您此次申請不需藉由查詢病歷評估，本公司將會從速辦理，若經評估本案需要查詢病歷而您未簽名同意時，本公司即須通知業務同仁再次勞煩您簽名，如此將會造成您時間上的不便，也將影響辦理的進度，所以請您於申請理賠的同時再於此頁簽名同意。(部分醫院需要該院的制式表格，可能需要再行簽名，業務同仁將通知您協助)。
您已簽名的部分，本公司將本於誠信及保護您個人資料安全的最高原則下保管及使用，感謝您的協助，富邦人壽敬祝您平安健康。

* 01069903008 *

