富邦人壽　團體保險理賠保險金申請書

投保類別：☐ 大團險 RC 件 ☐ 小團險 C/B 件 ☐ 團體 MG 件 ☐ 本公司員工團保件 ☐ CPI 學生暨教職員團體 ☐ TA ☐ 其它

申請項目：☐ 身故保險金 ☐ 重大疾病保險金 ☐ 失能保險金 ☐ 傷害醫療保險金 ☐ 住院醫療日額保險金 ☐ 住院醫療保險金 ☐ 癌症醫療保險金 ☐ 其它 ☐ 差額給付證明 ☐ MG 件申請身故或完全失能案件，若保險單遺失，受益人聲明保險單作廢。

要保單位：實踐大學臺北校區	保單號碼：1007710	員工部門別：

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：
員工行動電話		E-mail	

保險事故		
☐ 疾病 ☐ 意外【勾選意外者，請填寫以下意外事故相關欄位】		
事故時間：民國　年　月　日　時	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，請填寫車號)	
處理單位：　分局/派出所		
處理警員：		

受益人給付方式					
給付方式	請務必勾選 ☐匯款 ☐支票	【勾選匯款，請填寫下列匯款資料，如未填寫匯款資料，將匯入最近一次理賠給付之匯款帳號，如沒有最近一次匯款帳號，本公司則改以禁止背書轉讓支票給付】			
戶　名		身分證號碼			
金融機構		分行代碼		帳 號	

受益人聯絡資料			
行動電話		E-mail	
聯絡地址	縣/市　鄉/鎮/區/市　村/里　路/街　段　巷　弄　號　樓		

＊E－Mail 數字零可以 Ø 註明，英文 I 可以 i 註明，l 可以 L 註明。
＊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」。

個人資料蒐集、處理及利用告知事項

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。

本公司因辦理人身保險服務及執行、申訴及爭議處理（包括但不限於理賠相關爭議解決之民刑事訴訟、仲裁、調解、行政調查、評議等）、公司內部控制、稽核業務及委外業務之執行等目的，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、戶名、帳號、病歷或醫療等，詳如本文件及應備文件內容所載)，該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求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、申訴及爭議處理機構、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用。本公司保有您的個人資料時，您可至本公司各地客戶服務櫃檯或致電本公司客戶服務專線(電話：0809-000-550)行使查詢、閱覽、複製、補充更正、停止蒐集、處理或利用及刪除之權利，惟本公司依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您選擇不提供個人資料或提供不完全時，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。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書(特種個資同意書)

本人同意　貴公司基於理賠申請、查證事故經過需要、理賠相關爭議解決（包括但不限於理賠相關爭議解決之民刑事訴訟、仲裁、調解、行政調查、評議等）及符合前述告知暨注意事項之目的範圍內，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。

＊本人申領保險給付，已確認上列相關資料正確無誤。聯繫資料僅限本次理賠申請聯繫、通知使用。
＊本人為未成年人、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(章)，並同意上述理賠申請告知暨注意事項及特種個資同意書之約定。

本人(被保險人/受益人)簽名(章)：＿＿＿＿＿＿＿＿　**法定代理人/監護人/輔助人簽名(章)：**＿＿＿＿＿＿＿＿

法定代理人/監護人/輔助人身分證號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿　**國籍：**＿＿＿＿　**出生日期：**　年　月　日

中　華　民　國　年　月　日

送件人員資料			
單位代碼送件（見證）	要保單位簽名(章)	承辦人員簽名(章)	助理簽名(章)
送件人員簽名(章)	登錄字號/執業證書編號	送件人員行動電話	理賠單位收文章

＊送件人員應親晤本人，並確實見證本申請書由其簽名(章)。為維護保戶權益，送件前請檢視申請書資料是否填寫完備正確，以利審理流程進行。

※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客戶服務櫃檯辦理，簡單又方便，無須委由他人代辦，以確保您自身的權益。

MCLM0304 112.05

富邦人壽

一、申請各項保險給付應檢附文件一覽表：

申請項目 / 應備文件	WPA/WPR 身故	WPA/WPR 失能	身故	完全失能	失蹤	失能	重大疾病/特定傷病/嬰兒重大缺損	日額型/手術型醫療	實支實付醫療	年金型 年金給付開始日前	年金型 年金給付開始日後	骨折津貼	癌症醫療	癌症安寧照護	豁免保費	完全失能扶助金/失能扶(補)助金	長期看護
理賠申請書	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
診斷證明書/失能診斷書		V		V		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
正本收據									V								
醫療費用明細									V								
社保就醫證明									V								
病理切片報告/相關檢驗報告							V						V				
死亡證明書/相驗屍體證明書/死亡宣告判決	V		V		V												
被保險人除戶戶籍謄本	V		V		V												
受益人身分證明	V	V	V	V	V	V					V					V	
要保人身分證明										V							
X 光片(碟)												V					
保險單	V	V	V	V	V		V										V
貸款餘額證明或貸款清償證明			V														

配合保險法部分條文修正，理賠相關文件進行用詞調整，用詞異動依下表調整，修正前已生效保單之保戶權益不受影響。

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	身故及失能	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(https://www.fubon.com/life/eservice/member/form/forml/)　24 小時保戶服務專線：0809-020-099

二、申請注意事項:

1. 依本公司附約延續批註條款約定：本附約依附之主契約，於有效期間內，且於民國 102 年 1 月 1 日起始發生被保險人身故（主契約要保人同為被保險人）致契約終止者，得於保險金申請之翌日起六十日內，經本附約全體被保險人推派為要保人者，得填寫「被保險人同意附約延續聲明暨委任書」向本公司申請繼續繳交保險費以延續本附約之效力。若逾期未提出申請，除已約定其效力不因主契約終止而終止者外，本附約效力將於該期已繳之保險費期滿後終止。（詳保單條款內容）
2. 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，受益人聲明保險單作廢。】欄中勾填。
3. 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。
4. 本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽名(章)，受益人定義說明如下：
   (1).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。
   (2).申請身故保險金，受益人為要保人指定之身故受益人。
   - ＊ 受益人為未成年人時，除本人簽名(章)外，尚須法定代理人簽名(章)。未滿七歲者，應由法定代理人代簽名(章)。
   - ＊ 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名(章)協助申請，受款人仍為受益人本人。
   - ＊ 應簽名(章)者不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替並另須二位見證人同時於手印旁邊簽名並註明關係、身分證號；若因視覺障礙以手印代替者，二位見證人中至少一名須為親友或社福機構人員。
   - ＊ 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名(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。
5. 身故件之死亡原因為「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」。
6. 「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。
7. 依「富邦人壽債權債務範圍內受益人指定批註條款」約定，申請身故保險金時，應提出貸款餘額證明或貸款清償證明，以便核定應支付給貸款銀行之理賠給付金額。
8. 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。

理賠申請文件請就近郵寄至如下地址，如欲親臨本公司辦理，請洽各地客戶服務櫃檯，詳細地址可至富邦金控官網查詢。

	地址	電話	傳真
北區理賠科	台北市信義區東興路 71 號 1 樓	(02) 2345-5111	(02) 6638-5600
中區理賠科	台中市西屯區文心路二段 107 號 16 樓	(04) 2259-0968	(04) 2258-1072
南區理賠科	高雄市新興區民族二路 95 號 11 樓	(07) 235-3663	(07) 235-0276

富邦人壽

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

立書人簽名(章)：_____ 身分證號碼：_____

電話(或行動電話)號碼: _____

法定代理人/監護人/輔助人簽名(章)：_____

(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)

身分證號碼：_____ 國籍：_____ 出生日期：_____

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故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(章)同意時，本公司即須通知業務同仁再次勞煩您簽名(章)，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(章)同意。(部分醫院需要該院的制式表格，可能需要再行簽名(章)，業務同仁將通知您協助)。

您已簽名(章)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

MCLM0304 112.05