

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：			保單號碼：		員工部門別：
基本資料	員工姓名：		生日：民國 年 月 日		身分證統一編號：
	事故人姓名： 富大邦		生日：民國 77 年 8 月 8 日		身分證統一編號： A123XXXXXX
	員工行動電話	0933XXXXXX		E-mail	FUDABON@email.com
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 114 年 3 月 8 日 14 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		在XX遊樂園玩遊樂器材時不慎跌倒造成雙腳多處挫擦傷		
	處理警員：				
受益人給付方式	給付方式		請務必勾選 ☒ 匯款 ☐ 支票 勾選匯款請務必填寫下列匯款資料，如未填寫，將匯入前一次理賠給付之匯款帳號。如給付方式未勾選或無前一次匯款資料，將開立禁止背書轉讓支票給付。		
	戶名		身分證統一編號		A123XXXXXX
	銀行/郵局	台北富邦銀行	分行/支局	仁愛分行	帳號
受益人聯絡資料	行動電話		E-mail		FUDABON@email.com
	聯絡地址		台北 縣/市 松山 鄉/鎮/區/市 村/里 敦化南 路/街 1 段 巷 弄 108 號 樓		
保險金給付有二人以上受益人時，請另填寫「理賠申請書附表-保險金給付方式(多位受益人時填寫)」。					
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(下稱富邦人壽)依據個人資料保護法(下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定告知以下事項：富邦人壽蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、聯絡方式、金融機構及帳號、病歷、醫療等資料，詳如本文件及應備文件內容所載)係為提供人身保險相關服務及執行、申訴及爭議案件處理(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)、辦理公司之內部控制、稽核業務及委外業務之執行等目的。所蒐集之資料僅會於辦理前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之方式，供富邦人壽及其合作之特約醫院(特約醫院之名單以富邦人壽公告為準，嗣後有增加或刪減時亦同)、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、申訴及爭議處理機構、業務委外機構、與富邦人壽有再保業務往來之公司及依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用；個人資料利用之地區包含上述對象所在地區及為提供保險相關服務所需(含委外業務)而涉及之地區。您可以透過書面或致電富邦人壽客戶服務專線(電話：0809-000-550)行使查詢、請求閱覽或製給複製本、補充或更正、停止蒐集、處理或利用，以及刪除之權利，惟富邦人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求，刪除、停止蒐集、處理或利用上開個人資料。若您選擇不同意提供個人資料或是提供不完全時，富邦人壽將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能會遲延或無法提供您相關服務或給付。					
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。本人確認上列相關資料填寫正確，另聲明本申請書填寫之受益人聯絡資料僅限本次理賠申請聯繫、通知使用。					
本人(被保險人/受益人)簽名(章)：<u>富大邦</u> 法定代理人/監護人/輔助人簽名(章)：_____ 法定代理人/監護人/輔助人身分證統一編號：_____ 國籍：_____ 出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 *本人為未成年人、受監護或輔助宣告之人時，請法定代理人、監護人或輔助人親自簽名(章)，並同意上述告知事項及同意書之約定。 中 華 民 國 年 月 日					
親晤保戶簽章聲明	茲聲明本申請書確為被保險人/受益人親簽，檢附之影本文件與正本相符，如有虛偽不實，本人等願負法律上應負之責任。				
	單位代號(銀行/分行)：TPXXX		電話(行動電話)/分機：0919XXXXXX		
	服務人員簽名(章)：郝幫忙		保代、保經受理/行政章/要保單位簽名(章)/單位主管簽名(章)：_____		
	服務人員登錄字號/執業證書編號：0130XXXXXX		助理受理欄		承辦單位收訖章

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	醫療					生育保險金	重大疾病	喪失工作能力險	失能			醫事人員愛滋病保險	職業事故		失蹤	身故
	實支實付醫療	日額型醫療	意外醫療	骨折津貼	癌症給付				完全失能	完全失能扶助 / 失能扶助(補助)金	部分失能		職業傷害	職業災害		
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													√	√	√	√
繼承人聲明同意書															√	√
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												√				

1. 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。
2. 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。
3. 申請事故發生於台灣、澎湖、金門、馬祖地區以外時，請另檢附護照影本(含出、入境章戳)或其他出境證明文件(如入出境紀錄、登機證影本、機票影本等)，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。
4. 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)。
5. 如身故前醫療保險金或身故保險金申領者為被保險人之法定繼承人，或返還保單價值準備金、未到期保費給要保人而要保人身故時由其法定繼承人申領者，應檢附「繼承人聲明同意書」及所有法定繼承人的「全戶戶籍謄本」。若所有法定繼承人同意選定由其中一名法定繼承人代領前述給付時，須另檢附「法定繼承人委託授權書」並由所有法定繼承人簽名(章)同意授權。
6. 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」。
7. 「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。
8. 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。
9. 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。
10. 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。
11. 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/form1/>) 24 小時保戶服務專線：0809-020-099

二、申請注意事項：

1. 附約延續申請：有附約延續批註條款之保單於有效期間內，且於民國 102 年 1 月 1 日後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一人為代表人，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。若未提出或逾期提出申請，除條款已約定特定附約之效力不因主契約終止而終止者外，其他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. 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。
4. 申請項目為醫療給付時，於診斷證明書中詳細記載診斷名稱、入院日期、手術名稱及日期、門診日期及放射線日期等項目。
5. 應簽名(章)者不識字或為身心障礙者(含視障者)，如以指印、十字或其他符號取代簽名，須經二名見證人，即親友或社福機構人員或非保件招攬人員任二人簽名(章)證明，始與簽名(章)生同等之效力。見證人簽名(章)後，應註明與簽名人之身分關係、身分證統一編號。

三、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。