

臺銀人壽保險股份有限公司

理賠給付申請書

要保人姓名 (團體險投保單位)		保單號碼		收件章	
事故者資料	被保險人姓名	與主被保險人 (員工)之關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女		
	身分證號碼	聯絡電話			
	出生日期	手機號碼		職	業
	聯絡地址				

申請項目 死亡給付 殘廢給付 住院醫療 傷害醫療 癌症醫療 重大疾病 生命末期提前給付 其他_____

保險事故	疾 病		意 外		
	診斷病名	發生時間	年	月	日 時
	該疾病初診日	事故地點	事故原因及送醫經過詳情(請述明就診醫院名稱)		
	曾就診之醫院	事故處理單位			
	承辦員警				
	員警電話				

被保險人是否投保別家保險公司之保險? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	公 司 名 稱	保 險 種 類	保 險 金 額	同時申請理賠? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
--	---------	---------	---------	--

給付方式：(請擇一) *電匯方式辦理給付，安全又快速，請多加利用。外幣保單僅可選擇“匯款”給付方式

<input type="checkbox"/> 電匯	匯款戶名： 限受益人本人之帳戶	(外幣保單匯款請填寫中英文戶名)		
	金融機構名稱	銀行(郵局)	分行(支庫、支局)	請檢附存簿封面影本。
	帳 號		S W I F T C O D E	

支票 郵寄支票、保單、明細表地址：
□□□□□

同意查詢聲明書

立同意書人 (與事故者關係： 本人 受益人 法定代理人 監護人 其他_____) 因向臺銀人壽保險股份有限公司申請保險給付之需要，由立同意書人同意，請 貴健保局(各區業務組)、醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、地檢署或相關機關/單位協助並提供臺銀人壽保險股份有限公司(含所指派之人員)調閱、抄錄、影印或詢問事故者(____年____月____日生，身分證字號：____)之就診病歷、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用，並聲明本同意書影本與正本具同等效力，特立此書為證。此致各有關健保局(各區業務組)、醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、地檢署或相關機關/單位。

本申請書所填資料皆屬實，並同意上述查詢聲明書事項。申請死亡給付且與本公司有保險金信託契約簽訂者，請勾選 是

事故者/受益人簽章：_____ 身分證號碼：_____

受益人聯絡電話：(____) _____ E-mail：_____

手機號碼：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ 身分證號碼：_____

(事故者/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)

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生命末期提前給付附約申請書

茲申請附加生命末期提前給付附約，並同意 貴公司依本附約給付生命末期提前給付保險金予被保險人本人。



E1100

要保人：_____ 簽名及蓋章 _____ 年 _____ 月 _____ 日

送件單位	送件人姓名	送件人身分證號		
------	-------	---------	--	--

填表說明：

1. 申請團體保險理賠者，要保人欄位請填寫投保單位名稱；與主被保險人關係請填寫與投保單位員工之關係。
2. 生命末期、殘廢及意外傷害、疾病醫療給付之受益人為被保險人本人（即意外傷害或疾病就醫之當事人）。
3. 有關理賠注意事項，請參照保單條款規定辦理，所應檢附之文件，請參照下表說明。
4. 死亡給付申領人為保單約定之身故受益人，惟若受益人為公司或其負責人，則仍需被保險人之親屬共同簽章同意調查。
5. 申請生命末期提前給付，請加填生命末期提前給付附約申請書。
6. 請詳填本表並簽名及蓋章後，寄交本公司契約服務部給付科或各分公司辦理。
7. 本公司辦妥後即依受益人選擇方式電匯或寄交抬頭為受益人之禁止背書轉讓劃線支票。

申請理賠，請檢具下列文件：

申請項目 應附文件	醫療						身故		殘廢		豁免保費	生命末期提前給付	祝壽金
	住院日額型	實支實付型	癌症	重大疾病	意外傷害	骨折未住院	意外	疾病	意外	疾病			
理賠給付申請書	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
保險單(證)正本				√			√	√	√	√	√	√	√
醫院診斷證明書正本	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
死亡診斷書或相驗屍體證明書正本							√	√					
殘廢證明書正本									√	√			
病理切片報告正本			√								√		
相關檢驗報告			√	√							√		
受益人之身分證明文件				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
被保險人除戶之戶籍謄本正本							√	√					
意外傷害事故證明文件(如警方軍方處理之文件、有關證明文件或報載等)					√		√		√				
X光片						√							
醫療費用收據或醫療費用明細		√			√								
病歷證明												√	
病歷查詢同意書 (須附立同意書人身分證明文件)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	

附註：

1. 死亡給付案件，若保險單未指定受益人，或受益人已先亡故，由被保險人所有之法定繼承人全數檢具印鑑證明及全戶戶籍謄本提出申請。身故受益人指定法定繼承人時，亦同。
2. 申請家庭型保險給付者，請檢附發生事故人（就醫本人）身分證影本，若其尚未成年，請檢附戶口名簿影印本。
3. 受益人為公司者，請檢附營利事業登記證影本及負責人身分證影本。
4. 選擇以匯款方式給付保險金者，請一併檢附受益人存簿封面影本。申請外幣保單時，須填寫與外幣帳戶相同之受益人中、英文戶名，並需檢附外幣存款帳號之證明文件。若因提供之資料有誤或字跡不清造成誤匯或無法匯款，需再重新匯款，匯費由受益人負擔。
5. 除上列各項應備文件外，本公司經審核如認為需要其他證明文件時，將會另行通知受益人。



Z9999

臺銀人壽保險股份有限公司

10682 台北市敦化南路二段 69 號 2 樓 免費服務電話：0800-011-966 或電話 (02) 2784-9151 轉契約服務部給付科

台北分公司	地址：台北市南京東路 5 段 92 號 11 樓 TEL：(02) 2528 - 7119	嘉義分公司	地址：嘉義市新民路 762 號 4 樓之 1 TEL：(05) 236 - 1663
桃園分公司	地址：桃園市復興路 110 號 11 樓 TEL：(03) 336 - 6787	台南分公司	地址：台南縣永康市中華路 1 之 113 號 17 樓 TEL：(06) 312 - 3778
新竹分公司	地址：新竹市三民路 9 號 3 樓之 1 TEL：(03) 535 - 2950	高雄分公司	地址：高雄市中正四路 211 號 19 樓之 5 TEL：(07) 241 - 9182
台中分公司	地址：臺中市北區太平路 17 號 11 樓 TEL：(04) 2224 - 2921	花蓮分公司	地址：花蓮縣花蓮市中山路 78 號 7 樓 TEL：(03) 834 - 5040