

送件單位	服務人員 姓 名	聯絡電話	行政助理受理章	通訊處主管簽署
	服務人員 ID	行動電話		

※本申請書請申請人逐項填寫，粗框部份請務必填寫，以利理賠服務。

一、申請項目

※申請各項保險金應檢附文件及注意事項，敬請詳閱背面說明。

身故或殘廢類	01 <input type="checkbox"/> 身故給付	02 <input type="checkbox"/> 全殘給付	03 <input type="checkbox"/> 殘廢給付
醫療類	04 <input type="checkbox"/> 傷害醫療 05 <input type="checkbox"/> 疾病住院醫療 06 <input type="checkbox"/> 防癌醫療 (醫療類包含醫療日額給付、醫療實支實付)		
其他類	07 <input type="checkbox"/> 重大疾病 08 <input type="checkbox"/> 失能給付 09 <input type="checkbox"/> 豁免保費 10 <input type="checkbox"/> 各項津貼(生育、喪葬、骨折未住院)		
	11 <input type="checkbox"/> 其他給付(如生前需求提前給付、失蹤墊付、先天性重大殘缺.....)		

二、事故人資料

保單號碼： _____ 事故人姓名： _____ 事故人與主被保險人關係：本人 配偶 子女

身分證字號： _____ 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 服務單位： _____

聯絡電話： _____ 行動電話： _____ E-mail： _____

住所地址： _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/區/市 _____ 村/里 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____

工作地址：同上 縣/市 _____ 鄉/鎮/區/市 _____ 村/里 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____

三、事故原因

事故種類：疾病 意外 就診身分：健保 自費 **若為意外事故，則以下欄位務必詳細填寫**

就診時間： _____ 醫療院所： _____ 事故時間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

診斷病名： _____ 事故地點：自家 職場 其他： _____

是否痊癒：是 否 原因及經過情形： _____

是否曾經或正向其它保險公司申請理賠：否 是

保險公司名稱： _____

處理單位： _____ 分局 _____ 派出所 _____

員警姓名： _____ 電話： _____

四、給付方式

支票 寄送件通訊處 寄保戶： 同要保書之收費地址 其他地址： _____

<input type="checkbox"/> 匯款	戶 名	銀行	分行	帳號(請儘量檢附存摺影本即可免填帳號)
<input type="checkbox"/> 信託件本次不匯至信託專戶		郵局	支局	□□□□□□□□□□□□□□□□

※請儘量檢附存摺影本即可免填帳號。如匯款資料未填、無法辨識，且未附存摺影本，本公司得逕開立支票給付。
 ※醫療保險金受益人若為未滿七歲之未成年人，得以其法定代理人(且為要保人)之帳戶為匯款帳戶。
 ※若有取消支票禁止背書轉讓需求，請另附支票變更申請書並驗證受益人身分後始予受理此項作業，支票金額逾五萬元者請受益人親臨本公司櫃檯辦理取消支票禁止背書轉讓作業。

外幣帳戶匯款 (外幣保單專用)

※外幣帳戶：請填寫中英文戶名並提供存摺影本。提醒您，外幣保單僅可選擇匯款方式。

戶名(中文/英文)	金融機構及分行名稱	通匯代號 (Swift Code)	外幣帳號

五、聲明同意事項

1. 遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)為執行理賠作業需要，於理賠作業期間得蒐集、處理或利用聲明人的姓名、出生年月日、國民身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查，或其他得以直接或間接方式識別該聲明人之電腦資料及書面資料，並限於台灣地區利用前述資料。

2. 聲明人已知悉如果不同意上述事項，遠雄人壽於受理理賠申請時，將可能因無法進行審核而無法履行保險責任。

3. 醫療保險金受益人若為未滿七歲之未成年人，同意以其法定代理人(且為要保人)之帳戶為匯款帳戶。

4. 聲明人已知悉如果被保險人身故或全殘後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。

聲明人(受益人)簽名： _____ 法定代理人簽名： _____

(醫療保險金受益人為事故者本人) (受益人為未成年人或受監護宣告人需填寫)

申請日：中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (※若未填寫，以本公司受理當日為申請日)

一、共同注意事項

- 各項保險金給付申請文件，以送達本公司各理賠單位為受理開始，當日文件於每日下午3:00前送達視為當日受理，逾時則以次一工作日為受理日。
- 投資型商品所需文件須於備齊後，本公司各理賠單位始得辦理。

二、理賠申請應檢附文件一覽表

申請項目	01	02	07	03	08	09	04、05		06	10			11		
	身故給付	全殘給付	重大疾病	殘廢給付	失能給付	豁免保費	醫療日額給付	醫療實支實付	防癌醫療	生育	喪葬	骨折未住院	生前需求提前給付	失蹤墊付	先天性重大殘缺
應備文件															
1 保險金申請書	*			*			*	*	*	*	*	*	*	*	*
2 診斷證明書				*			*	*	*	*	*	*	*		*
3 收據正本及費用明細表								*							
4 X光片											*				
5 出生登記戶籍謄本										*					
6 死亡證明書或相驗屍體證明書	*														
7 除戶戶籍謄本	*										*				
8 受益人身分證明	*										*		*	*	*
9 被保險嬰兒戶籍謄本															*
10 相關檢驗或病理切片報告									*						*
11 法院死亡宣告書														*	
12 保險單	*			*									*	*	*
13 同意調查授權聲明書	*			*			*	*	*				*	*	*
合計應備文件	6			4			3	4	4	3	4	3	5	5	7

給付方式選擇為「匯款」者請一併檢附包含銀行及分行名稱、帳戶及戶名等資料之存摺面頁影本

※應檢附文件說明

- 上述應備文件係依保單條款約定，上述未列文件且為理賠審核需要者，將由承辦人員另行通知補全。
- 醫療原因之剖腹產給付，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。
- 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。
- 申請身故件之死亡原因為「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」。
- 為加速理賠調查作業，承辦人員可能會通知補具各機關(醫院)專用「同意調查授權聲明書」(請洽詢各單位行政助理)。倘立書人為事故人/身故受益人之法定代理人時，請另檢附關係證明(如戶口名簿影本等)。

三、受益人定義說明如下：

- 申請醫療、重大疾病、殘廢或失能保險金，受益人為事故人本人。
- 申請身故保險金，受益人為要保人指定之身故受益人，且需由所有受益人簽名。
- 受益人為未滿二十歲且未婚之未成年人時，除本人簽名外，尚須法定代理人簽名。未滿七歲者，得由法定代理人代簽。
- 應簽名者不識字、手部重傷或雙目失明者，得以手印代替並需二位見證人同時於手印旁簽名並註明關係。

四、填寫範例

三、 事故原因	事故種類： <input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 意外	就診身分： <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	若為意外事故，則以下欄位務必詳細填寫
	就診時間：101.1.6	醫療院所：台北長庚醫院	事故時間：101年1月6日7時
	診斷病名：左大腿骨折		事故地點： <input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 職場 <input checked="" type="checkbox"/> 其他：敦化北路與長春路口
	是否痊癒： <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否		原因及經過情形：騎腳踏車經過十字路口被計程車撞傷。
	是否曾經或正向其它保險公司申請理賠： <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是		
保險公司名稱： <input type="radio"/> 人壽、 <input type="radio"/> 人壽		處理員警：松○ 分局 派出所	
		員警姓名：林○○ 電話 0956XXX889	

- ☆ 台北總公司理賠部：11071台北市信義區基隆路一段200號3樓 電話：02-2758-3099 按9 再按4理賠服務
 客服免付費電話：0800-083-083 台北總公司 傳真：02-8789-2484
- ☆ 台中分公司理賠科：40356台中市西區向上路一段95號8A室 電話：04-2301-9795 傳真：04-2301-0533
- ☆ 高雄分公司理賠科：80247高雄市苓雅區三多四路110號24樓之1 電話：07- 330-9523 傳真：07- 535-4066