

富邦人壽 個人/團體保險理賠保險金申請書

請於事故發生日起 10 天內提出申請

理賠檔號：

同時為個人險及團體險保戶 個人險 團體險 原為團體轉個人險
報備件 一般件 續賠件

原 ING 安泰保戶 原富邦保戶

事故人基本資料	姓名				個人險保單號碼	與主被保人(員工)關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> _____					
	身分證號碼						<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> _____					
	出生日期	年	月	日			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> _____					
	聯絡電話	()				團體險保單號碼	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女					
	手機號碼						<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女					
	e-mail						<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女					
	住所地址	市縣	鄉鎮區市	村里	路街	段	巷	弄	號	樓之		
工作地址	市縣	鄉鎮區市	村里	路街	段	巷	弄	號	樓之			
申請團險填寫	要保單位	員工姓名	員工身分證號碼	員工電話								
<input type="checkbox"/> 大團險 RC 險(法人戶) <input type="checkbox"/> 小團險 C/B 件 <input type="checkbox"/> 會員自費團體 MG 件 <input type="checkbox"/> 本公司員工眷屬團保件 <input type="checkbox"/> CPI 學生暨教職員工團體 <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> IPA (FPA)												
保險事故	事故種類	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 其它		就診身分	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	發生時間	年	月	日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時	分
	曾就診之醫療院所			就診日期		事故地點			駕乘車號			
	原因及詳細經過(如有媒體報導請提供剪報)				事故處理單位	分局		派出所				
					員警姓名	地檢署		員警電話				
申請項目	<input type="checkbox"/> 醫療(帳戶型醫療特別說明: <input type="checkbox"/> _____暫不申請) <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能(預計上班日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 癌症安寧照護 <input type="checkbox"/> 生育金 <input type="checkbox"/> 殘廢(第_____級_____項) <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 生命末期 <input type="checkbox"/> 全殘扶助 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 <input type="checkbox"/> 嬰兒先天性重大殘缺 <input type="checkbox"/> 職災 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 教育年金 <input type="checkbox"/> 殘扶金/殘補金 <input type="checkbox"/> 老年住院提前給付 <input type="checkbox"/> 長期看護 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 申請收據差額給付證明(如收據金額已全額給付及以副本收據申請者則不開立此證明)											
給付方式	匯款帳戶為 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人的帳戶		戶名/身分證號碼									
	金融機構名稱	銀行(郵局)			分行(支庫、支局)							
	金融機構分行代碼	帳號										
* 尚有其他受益人且選擇匯款方式給付→請另行提供匯款帳號(可填寫「理賠申請書附表-保險金匯款聲明」) * 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。 * 未指定以匯款方式給付或戶名、匯款帳號有誤或不全,得逕行改以禁止背書轉讓支票給付,若因填寫資料有誤造成誤匯時,由受益人及法定代理人自行負責,並視為已收受該筆保險金,絕無異議。												
同意書	1. 本人同意授權富邦人壽保險股份有限公司逕向任何醫院、診所、醫師、保險公司或警政單位請領、調閱事故人之病歷摘要、檢查數據與報告及其他醫療/事故紀錄資料,本人並同意,為使各項作業順利進行,本同意書之影本與正本具同等效力。 2. 本案若係由經紀人公司送件申請,本人同意授權由經紀人公司代理簽收保險給付通知書。 3. 同意 貴公司依電腦處理個人資料保護法與金融控股公司法及其他相關法令規定,提供本人之基本資料和保險資料予 貴公司所屬之金控集團其他保險子公司理賠參考。惟本人得隨時通知 貴公司終止此授權。 4. 申請之保單屬投資型保險商品時,本公司將依授權向外匯指定銀行查詢結匯額度並辦理結匯事宜。(結匯額度說明:公司、行號每年為五千萬美元、個人每年為五百萬美元,但未年滿 20 歲者,每次結匯金額以新台幣五十萬元為原則)											
	原富邦保戶之主契約被保險人身故或全殘時,應另行聲明下列事項,請勾選:(若未勾選者,依條款約定,附約即屬終止) <input type="checkbox"/> 眷屬所附加之防癌險附約 <input type="checkbox"/> 以原條件繼續存在 <input type="checkbox"/> 轉換為防癌主約。 <input type="checkbox"/> 眷屬所附加之長年期壽險附約以原條件繼續存在。 要保人簽章: _____ (若要保人變更,以變更後之要保人簽章)											
	上列所填資料皆屬實,並同意上述查詢及授權事項 此致 富邦人壽保險股份有限公司											
	受益人(立書人)簽章: _____ 身分證號碼: _____ (非身故件的受益人為事故人本人,身故件的受益人為保險契約指定的受益人。申請生命末期給付另需要保人簽章)							團險專用	要保單位簽章			
法定代理人簽章: _____ 身分證號碼: _____ (受益人為未成年人或禁治產人時,應由法定代理人親自簽名同意)												
送件人員(見證人)簽章: _____ 身分證號碼: _____ 聯絡手機: _____ (本人聲明本申請書上受益人之簽名,或若有檢附之身分證影本,均係由本人見證,且本人保證無任何其他虛偽情事)							承辦人姓名					
送件單位/代碼: _____ 直屬主管簽章: _____ 行政人員簽收: _____												

※本申請書請逐項填寫,應備文件及注意事項請參考背面說明。

個人/團體保險理賠保險金申請書

一、申請各項保險給付應檢附文件一覽表：

申請項目	WPA/WPR		骨折津貼	失蹤	全殘扶助/殘扶殘補	全殘	身故	部份殘廢	重大疾病	意外醫療	日額型住院醫療	手術型醫療	實支實付型住院醫療	豁免保費	癌症給付	癌症安寧照護	失能險	自負額型醫療	生育保險金	職業傷害	職業災害	醫事人員愛滋病保險
	身故	殘廢																				
應備文件																						
理賠申請書 註1	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
診斷證明書			√						√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
正本收據										√								√				
死亡證明書/ 相驗屍體證明書	√ 註2			√ 註3			√ 註2													√	√	
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			√														√					
保險單 註4	√	√		√		√	√		√													
請假單																	√					
殘廢診斷書 註9		√			√	√		√												√	√	
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																						√

- * 申領復健門診或復健住院或傷殘裝置保險金，需另檢附費用證明文件。
- * 其他因特殊案件所需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需提供其他資料時，將由承辦人員另行通知，屆時敬請儘速補齊以加速理賠處理時效。
- * 理賠申請文件及因需調閱病歷各醫療院所之制式調查同意書及所需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：0809-000-550

二、申請注意事項：

註 1、本申請書需詳填各項欄位並由受益人簽名，受益人定義說明如下：

a、申請醫療、重大疾病或殘廢保險金，受益人為事故人本人。

b、申請身故保險金，受益人乃依保單之指定身故受益人。

* 受益人為二十歲以下未成年人時，另需法定代理人簽名。

* 受益人為禁治產人、心神喪失或精神耗弱致不能處理自己事務者，請檢附法院禁治產裁定書及裁定登記後之法定監護人戶籍謄本，由法定監護人簽名協助申請，受款人仍為被保險人本人。

* 應簽章者不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替並另需二位見證人同時於手印旁邊簽名並註明關係。

* 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，需改由法定繼承人簽名，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。

註 2、申請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」。

註 3、「失蹤案件」需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。

註 4、申請身故、全殘等相關理賠致主契約終止時，若保單遺失請填寫「保險單遺失切結書」。

註 5、申請於「國外發生事故」之理賠時，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。另請提供海外相關就診之完整病歷，且各項文件需經駐外單位認證，以加速理賠處理時效。

註 6、申請於「國外發生事故」之理賠時，如需檢附付款憑證時，請於空白處註明以現金/支票/信用卡金額各為多少元?及支付幣別為何?

註 7、為加速理賠調查作業，申請各項保險金時，請務必完整填寫「同意調查聲明書」之各欄位，倘立同意書人為事故人/身故受益人之法定代理人/監護人時，另請檢附關係證明(如戶口名簿影本等)。

註 8、申請「生命末期提前給付」或原富邦保戶之主契約被保險人身故或全殘且有眷屬聲明事項時，應另由「要保人簽章」併申請。

註 9、殘廢診斷書需經由公、署立醫院或大型教學醫院之醫師就被保險人之機能詳予鑑定後開具，本公司如認為必要，得對被保險人的身體予以檢驗，其費用由本公司負擔。