Farglory Life 遠雄人壽

保 險 金 申 請 書

CLA003

理賠單位受理章

※保險金申請文件共計 3 頁，第 1 頁請全部填寫，若經評估需調閱病歷，填寫第 3 頁可縮短調閱時效。
※配合保險法修正，理賠相關文件用詞調整，修正前已生效保單之權益不受用詞調整影響。
※為加速審理流程，本申請書請申請人逐項填寫。有關應備文件、填寫說明，敬請詳閱第 2 頁說明。

事故人	事故人姓名		身分證字號	
			出生日期	年 月 日
	要保單位 (大專院校名稱)	☐團險件	＿＿＿＿系所＿＿＿年級＿＿＿班 學號：＿＿＿＿＿	

申請項目

☐醫療 ☐癌症醫療 ☐重大/特定重大疾(傷)病☐豁免保費 ☐各項津貼 ☐生前需求 ☐身故給付 ☐完全失能☐部分失能
☐收據差額給付/正本留存證明 ☐失能安養扶助保險金一次給付**(依商品條款約定會以貼現利率計算)** ☐長期照顧給付
☐本次不同意申請團險理賠（未勾選視為同意申請，本公司會將本次之理賠申領文件通知要保單位。） ☐續賠件
【重要權益通知】提醒您，若申請理賠且須檢附正本收據，如有其他同業實支實付型商品亦須檢附正本收據，為確保您的權益，請先與該保險公司確認相關作業，以利理賠審核。

事故內容

事故種類	☐疾病 ☐意外**※若為意外，請續填以下欄位**	工作內容		就診身分	☐健保 ☐自費
事故日期時間	年 月 日 時 分	報案日期	年 月 日	事故地點	
處理單位	分局 派出所	處理員警		連絡電話	

事故原因及經過情形，請詳述於下：（※若有報案或警方證明文件或報章雜誌媒體報導，請提供剪報或相關資料。）

給付方式

☐支票 ☐由送件單位服務人員轉交
☐郵寄事故人之本次申請書聯絡地址 ※此欄如未勾選或填寫，將依事故人留存公司最新之地址(住所)寄送。
理賠給付明細表寄送方式☐併支票寄送☐無須寄送（此欄如未勾選，將併同支票寄送）

☐匯款至前次理賠帳戶 ☐匯款至受益人帳戶 ☐匯款至法定代理人或監護人之帳戶 **※為加速給付時效，建議採取匯款方式**

戶名	金融機構名稱	分行名稱	帳號

理賠給付明細表寄送方式☐本次申請書聯絡地址☐無須寄送 ※此欄如未勾選或填寫，將依事故人留存公司最新之地址(住所)寄送。

1. 醫療保險金受益人為未成年人且給付金額於 20 萬元(含)內，得選擇匯款至法定代理人或監護人（且須為要保人本人）之帳戶。2. 若醫療保險金受益人與要保人同一人，如為未成年人且給付金額於 20 萬元(含)內，得選擇匯款至法定代理人或監護人（須附關係證明文件）之帳戶。3. 符合前述 1 或 2 之給付方式，則視為本公司已對受益人給付，但因此致本公司之損害時，受益人及受款人願負連帶返還保險金之責，絕無異議。

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容：遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項規定，向 台端告知下列事項，敬請 台端詳閱：**一、 蒐集之目的**：人身保險(001)、行銷(包含金控共同行銷業務)(040)、金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(059)、金融爭議處理(060)、金融監督、管理與檢查(061)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(063)、保險監理(066)、契約、類似契約或其他法律關係事務(069)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、消費者保護(091)、會計與相關服務(129)、網路購物及其他電子商務服務(148)、輔助性與後勤支援管理(150)、調查、統計與研究分析(157)、其他金融管理業務(177)、其他經營合於營業登記目的或組織章程所定之業務(181)等合理關連之特定目的。**二、蒐集之個人資料類別**：(一)識別類：1. 辨識個人者：如姓名、職稱、住址、電話、電子郵遞地址、網際網路協定(IP)及其他任何可辨識資料本人者等。2. 辨識財務者：如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。3. 政府資料中之辨識者：如身分證統一編號、統一證號、身心障礙手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。（二)特徵類：1. 個人描述：如年齡、性別、出生年月日等。2. 身體描述：如身高、體重等。3. 習慣：如抽煙、喝酒等。(三)家庭情形：如結婚有無、家庭成員之細節等。(四)社會情況：如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等、意外或其他事故及有關情形等。(五)教育、考選、技術或其他專業：如學校紀錄等。(六)受僱情形：如現行之受僱情形等。(七)財務細節：如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易紀錄、票據信用、保險細節等。(八)健康與其他：如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料等。(九)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。**三、個人資料之來源**：(一)要保人(二)當事人之法定代理人、輔助人(三)各醫療院所(四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。**四、個人資料利用期間、對象、地區、方式**：(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本(分)公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有業務往來之公司（如：再保業務、金融機構、保經代公司）、依法有調查權機關或金融監理單位。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式。**五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有台端之個人資料得行使之權利及方式**：(一)得向本公司行使之權利：1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2. 向本公司請求補充或更正。3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：台端得以書面(包含電子郵件、傳真、電子文件)，或至本公司各服務中心，或透過免費客戶服務專線(0800-083-083)行使權利。**六、台端不提供個人資料所致權益之影響**：台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項：立同意書人（以下簡稱本人）同意 貴公司於符合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等相關法令所規定之範圍內（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。

聲明同意事項：1. 被保險人/受益人同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。2. 本人同意委任「送件業務員/保險代理人或保險經紀人/服務員」代為處理理賠申請事宜，並同意 貴公司將理賠申請相關文件/資訊由前開受任人轉知予本人。3. 申請身故/完全失能保險金，依條款規定須檢附保險單而未檢附者，視為已遺失，受益人聲明保險單作廢無須補發。 4. 若為申領身故給付，為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本人(受益人)同意遠雄人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

立書人(即被保險人/受益人)簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿
(醫療保險金受益人為事故人本人) **(受益人為未成年人或受監護或受輔助宣告之人需填寫)**

行動電話：＿＿＿＿＿＿＿＿ 聯絡電話：(　　)＿＿＿＿＿＿＿＿
本公司將提供簡訊通知理賠進度，立書人請確認行動電話號碼清楚正確，以利接收相關通知訊息。
聯絡地址：☐同「事故人留存公司最新之地址(住所)」**(申請旅行平安險者不適用本項勾選，請務必詳填地址)**
☐☐☐☐☐縣＿＿＿市＿＿＿鄉鎮市區＿＿＿村里＿＿＿路街 段 巷弄 號之 樓之
E-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐@yahoo.com.tw ☐@hotmail.com ☐@gmail.com ☐@fglife.com.tw ☐其它@＿＿＿＿＿＿＿＿

申請團體保險理賠請用印要保單位大小章
要保單位用印 負責人用印

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

服務人員/受託人簽章/招攬人員簽名：	登錄證字號：	送件單位/代碼/保經、代公司簽章	行政助理/團保部受理章
E-mail：	行動電話：		

Farglory Life 遠雄人壽

DEL000

申請各項保險給付應檢附文件一覽表(✓：個險及團險適用 ◎：個險適用 △團險適用 ★：學保適用)

申請項目 / 應備文件	醫療			失能		身故			長期照顧		重大疾病	重大傷病	特定傷病	豁免保費	失能安養(完全失能)扶助保險金	所得補償給付喪失工作能力、	生育津貼	眷屬喪葬津貼	骨折	生前需求提前給付	住院慰問保險金先行給付
	醫療日額型	實支實付型	癌症醫療	部份失能	完全失能	疾病身故	癌症身故	意外身故	長期照顧一次保險金	長期照顧扶助保險金	重大疾病/特定重大疾病										
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	◎	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
診斷證明書	✓	✓	✓	✓	✓				◎	◎	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎		✓	✓	
巴氏量表或臨床失智評分量表或其他專業評量表									◎	◎											
長期照顧狀態之相關病歷摘要									◎	◎											
全民健保核發之重大傷病證明文件正本												◎									
收據正本及費用明細表		✓																			
X光片(碟)																			✓		
出生登記戶籍謄本																	◎				
死亡證明書						✓	✓	✓													
除戶戶籍謄本						✓	✓	✓										✓			
受益人身分證明(如身分證影本、戶籍謄本)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
法定繼承人聲明同意書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
相關檢驗或病理切片報告			✓				✓				✓		✓	✓							
外幣存款帳號之證明文件(外幣保單適用)					◎	◎	◎	◎													
康富醫療健康保險附約住院慰問保險金申請書(專用)																					◎
「區域醫院」層級以上開立之之診斷書、病歷摘要(保安康重大傷病一年定期健康保險附約適用)												◎									
住院證明文件(如住院診斷證明、床頭卡個人資料影像、病人手圈影像)																					◎
職業災害證明勞工保險給付收據影本				△	△	△	△	△							△	△					
學籍資料證明文件(需蓋學校大小章及承辦人員章)						★	★	★													
保險單					◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎		◎						

一、 注意事項：

1. 各項保險給付申請，除依上述表列應備文件檢附送件，其申領文件仍以保單條款約定為準，倘為理賠審核必須增補其他文件者，將由承辦人員另行通知。
2. 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(網址：www.boca.gov.tw)。
3. 身故原因為「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」。
4. 因「骨折」申請意外傷害醫療保險金或失能理賠時，除檢附診斷證明書，並請檢附X光片以確認傷害部位及骨折程度（完全骨折、不完全骨折或龜裂）。
5. 申請意外身故或完全失能時，為加速理賠作業，請一併附上「意外傷害事故證明文件」(如警方證明文件)。
6. 為有利於理賠調查作業，承辦人員可能會通知補具各機關(醫院)專用「同意查詢暨授權聲明書」、「全民健康保險保險人提供資料申請書」。倘立書人為事故人/身故受益人之法定代理人/監護人/輔助人時，請另檢附關係證明（如戶口名簿影本、法院宣告裁定等）。
7. 申請完全失能之被保險人如為受監護宣告尚未撤銷者，需檢附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。
8. 申請與「癌症」有關之理賠（如：重大疾病、癌症醫療、癌症身故、豁免保費），應檢附癌症病理切片或相關檢驗報告以資證明。
9. 醫療原因為剖腹產給付，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。
10. 受益人身分證明係指受益人之戶籍謄本或受益人身分證正反面影本(若受益人指定為法定繼承人，除身分證正反面影印本外，尚須檢附受益人之全部戶籍謄本並填具「繼承人聲明同意書」，以便確認受益人人數與給付金額)。
11. 申請「失能安養(完全失能)扶助保險金」者，每年申領給付時應提出可資證明被保險人生存之文件，如戶籍謄本。
    受益人申領完全失能之保險金、失能安養(完全失能)扶助保險金時，本公司得對被保險人的身體予以檢驗，必要時並得經受益人同意調閱被保險人之就醫相關資料，其一切費用由本公司負擔。但不因此延展保險公司依條款約定應給付之期限。
12. 非本人提出理賠申請時，須附委任書辦理。
13. 依全民健康保險法與全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法之規定：
    13.1歸責保險人未在15日內給付保險金所衍生之延滯利息係屬所得稅法所稱之利息所得，為補充保險費之扣取範疇。
    13.2延滯利息單次給付金額達新台幣貳萬元者，本公司應按規定之補充保險費率扣取補充保險費。
14. 被保險人身故保險金，如有重病投保、高齡投保、蔓緻投保、短期投保、舉債投保、鉅額投保、密集投保或保險給付低於或相當於已繳保費等之保險給付件，若有規避遺產之情形，稽徵機關仍然可以按照稅法實質課稅原則辦理。
15. **當被保險人身故或完全失能或保險金總額已達給付上限或主契約因非屬身故之保險事故而致主約終止後，若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。**

※自行郵寄保險金申請書辦理者，請郵寄至總公司或分公司下列地址收。

※台北總公司：11073 台北市信義區松高路 1 號 27 樓 **理賠部** 電話：02-2758-3099 傳真: 02-8789-2484

※台中分公司：40759 台中市西屯區台灣大道二段 635 號 **理賠科** 電話：04-2329-5550 傳真：04-2329-1060

※高雄分公司：80247 高雄市苓雅區三多四路 112 號 1 樓 **理賠科** 電話：07-330-9523 傳真：07-535-4066

客戶免付費電話：0800-083-083

DELZZZ-0000

遠雄人壽LINE官方帳號

同 意 查 詢 暨 授 權 聲 明 書

茲因申請**遠雄人壽保險事業股份有限公司**(下稱**遠雄人壽**)保險給付之需要，由立同意書人以被保險人（姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿，生日：民國＿＿年＿＿月＿＿日生，身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿＿＿）□本人□父母□配偶□子女□繼承人（關係：　　）之身分，請 貴醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、監理單位、海巡機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司或其他相關之單位或個人，協助遠雄人壽指派之人員索引、查詢（包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作，或配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為）、問診、調閱、抄錄、影印自契約生效日：民國＿＿年＿＿月＿＿日前五年內迄本同意聲明書簽章日為止，不限科別之所有就診病歷（病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）、投保資料或其他與本次保險事故相關資料（包含書面及電腦檔案）以為參證之用，恐口說無憑，特立此書為證。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由遠雄人壽人員代為填寫，並聲明：立同意書人同意並委託遠雄人壽就本同意聲明書為影印使用；立同意書人同意本同意聲明書之影印本與正本具同等效力且依前述內容辦理。

若因醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、監理單位、海巡機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位要求提供特定格式同意書，本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、監理單位、海巡機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位或個人。

立 同 意 書 人：＿＿＿＿＿＿＿＿〔**簽名**〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿〔**蓋章**〕

身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿＿＿

法 定 代 理 人：＿＿＿＿＿＿＿＿〔**簽名**〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿〔**蓋章**〕

身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿＿＿

（立同意書人為未成年者，請法定代理人簽名並蓋章，並請檢附身分證正反面影本及戶口名簿影本等關係證明文件。）

聯絡電話：　　行動電話：

聯絡地址：

中　華　民　國　　年　　月　　日

1. 若經評估本案需要查詢病歷，請在本聲明書**簽名及蓋章**，**並檢附身份證正反面影本**，本公司將會盡速辦理。提醒您，若未簽名及蓋章將會影響本次理賠辦理的速度。
2. 部分醫院(如：臺大醫院、各地榮民總醫院、各衛生福利部醫院、各地慈濟醫院…等)會有要求使用該院之專用制式表格，如需要時會通知您再行補立專用制式同意書，屆時請您惠予協助。
3. 如為身故案件，立同意書人須為被保險人之法定繼承人，**並檢附立同意書人之身分證正反面影本**及與被保險人之關係證明(如：**戶籍謄本、戶口名簿影本**等文件)。