

理賠申請書填寫範例

保險金申請書

保單號碼：@團保保單號碼@(由受理人員填寫)

團體險 個人險

申請類別 依實際勾選	<input checked="" type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 意外傷害 <input type="checkbox"/> 癌症理賠 <input type="checkbox"/> 重大疾病/失能 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 完全失能 <input type="checkbox"/> 失能扶助金 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 其他：_____				團體險	要保單位名稱
申請聲明	<input type="checkbox"/> 申請身故、完全失能、重大(特定)疾病案件:因保單遺失,受益人聲明保險單作廢					員工/成員姓名 張大明
被保險人姓名	張大明	身分證字號	B123456789	出生年月日	70/01/01	
受益人住址	台中市XX區X路/段/巷/弄/號/樓					
聯絡電話	09XX-XXX-XXX	服務機關		工作內容/職稱	<依實際填寫>	

申請事由	事故日期	就診身份： <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	事故類型： <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外
	診斷病名/事故經過		手術名稱
	<p>本欄位依照實際狀況填寫，意外事故請務必描述事發經過，並依事實填寫</p> <p>如有報警(例如:車禍、自撞等事故)請填下方欄位或附上報案三聯單影本，以便加快理賠速度</p>		
辦案機關	承辦員警	警方電話	

給付方式	<input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 指定郵寄地址：_____ ※如未指定，則以受益人住址為郵寄地址。
	<input checked="" type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 受益人帳戶 <input type="checkbox"/> 前次理賠帳戶 ※本人同意上述保險金委由貴公司匯入本人下述帳戶，若因本人提供之資料有誤造成誤匯時，概由本人自行負責，且視同保險金已給付。若帳戶資料不清無法匯入，同意改開支票。若為外幣保單請加填英文戶名/Bank Swift Code 戶名：_____ 帳戶持有人身分證字號：_____ SWIFT CODE: _____ 銀行(郵局) _____ 分行(局號);帳號：_____

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

元大人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法相關規定，向 台端告知下列事項，請 台端務必詳閱。本公司因辦理您的理賠申請與查證事故經過，會需要蒐集、處理及利用您的個人資料(如姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷或醫療、健康檢查等)，該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定執行業務之期間內被處理或利用。您的個人資料除了基於海外急難救助服務、境外理賠申請文件轉送服務、再保險業務或委外業務執行的需要會在我國境外處理及利用外，僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內供本公司及上傳產壽險公會建立查詢系統、本公司的委外廠商、保險事業發展中心、金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用，若申請項目為身故保險金時，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，本公司將提供前開資料予衛生福利部死亡通報系統以進行資料比對。本公司保有您的個人資料時，您可以透過本公司免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複製本。若您的個人資料有誤或記載不完全，您可以書面通知補充或更正，但依法您應為適當的理由說明；若尚有其他疑義時，您也可以書面通知本公司停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料。若您選擇不同意提供或是提供之個人資料不完全時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能延遲或無法提供相關理賠給付。

蒐集、處理及利用病歷、醫療及健康檢查等個人資料同意事項

立書人(以下簡稱本人)同意 貴公司基於理賠申請與查證事故經過需要，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。

此致 元大人壽保險股份有限公司

*本人同意上述事項並委任送件業務員/保險代理人或保險經紀人(即受任人)全權代為處理理賠事宜。

受益人/被保險人：**張大明(簽名)** 簽章 身分證字號：**B123456789**

法定代理人/監護人/輔助人： 簽章 身分證字號：

(請檢附關係證明)

中華民國 **110**年 **9**月 **1**日

單位 受 理 章 保 代	單位/分行：	送件日期：	元 理 賠 受 理 欄 大 人 壽
	登錄證字號：	送件人行動電話：	
	送件人簽名：		

建議使用
匯款方式
並附上
存摺封面
影本



【附表一】

理賠各項申請應備文件一覽表

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	身故保險金	完全失能保險金	失能保險金	重大疾病保險金	癌症保險金(初次罹患)	癌症保險金(續次申請)	醫療保險金				疾病保險金	嬰幼兒特定	完全失能扶助保險金	豁免保險費附約
							實支實付型	定額給付型	意外傷害實支實付型	意外傷害住院日額型	特定疾病保險金	退還保費		
普通診斷證明書				√	√	√	√	√	√	√	√			√
醫療費用正本收據							√		√					
醫療費用明細							√		√					
骨折X光片										√				
失能證明書		√	√											
出生證明或戶籍謄本											√			
死亡證明書或屍體相驗證	√											√		
被保險人除戶戶籍謄本	√													
受益人戶籍謄本或身份證	√	√	√								√	√	√	
相關檢驗或病理切片報告				√	√						√			
保險單(申請聲明)	√	√		√							√			
其它文件	√	√	√	√	√							√		√

【附表二】配合107年6月13日總統公布之保險法部分條文修正案，增列修正用詞對照表

原用詞	新用詞
殘廢	失能
死殘	死亡及失能
全殘	完全失能
腦中風後殘障	腦中風後障礙
殘障	機能障礙
殘缺	缺損
殘扶	失能扶助
殘疾	疾病失能
傷殘	傷害失能
失能	喪失工作能力
精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者	受監護宣告尚未撤銷者



【填寫說明及注意事項】

- 一 主契約被保險人因非屬身故之保險事故致主契約終止時，附加之長年期附約仍繼續延續。倘若欲取消附約，請另填「契約內容變更申請書」辦理。
- 二 申請書各項內容請依實際發生事實據實填寫，將有助理賠申請之辦理速度。並請受益人於申請書下方「受益人簽章欄位」簽章。若被保險人未成年，請法定代理人提供戶口名簿影本。
- 三 受益人倘因疾病或意外，致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者，請檢附監護或輔助之宣告裁定書併由監護人或輔助人提出申請。
- 四 申請於國外發生之保險事故時，請檢附護照影本及相關就診之完整病歷影本，且各項文件須經駐外館處認證，以加速理賠處理時效。
- 五 身故件之死亡原因為「解剖中」或「不詳」者，身故受益人須另檢附「解剖鑑定報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 六 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時，如該保險金係屬於強制執行法第122條第2項規定所稱之「係維持自己及其共同生活之親屬生活所必需者」，受益人得依強制執行法第12條規定，向該執行機關聲請或聲明異議。
- 七 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」規定，單次給付理賠延滯利息達新臺幣貳萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費；但具下列身分之一者，得於理賠申請時主動檢附下列文件，可免扣取補充保險費：(1)中低收入戶者：檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件。(2)未具健保投保資格或喪失投保資格者：非本國人者檢附護照影本、已除籍之本國人者檢附近三個月內戶籍證明文件。
- 八 若申請事故為意外所致，且有檢警單位協助處理時，請填寫承辦員警資料以加速理賠時效。
- 九 請務必指定「保險金給付方式」，若未填寫則一律開立支票給付。
- 十 為確保安全性及提高給付速度，保險金給付方式建議選擇電匯方式，提供之電匯資料務請完整、清晰。
- 十一 身故、完全失能、失能、醫療（心肌梗塞、冠狀動脈疾病、腦中風、慢性腎衰竭、癌症、癱瘓、重大器官移植）等之理賠申請，請另附查詢病歷同意書，同意書格式請洽客戶服務專線或至本公司企業網站下載。
- 十二 各項理賠申請應備文件請參考附表所列資料；特殊案件或附表應備文件一覽表中未列出者，所需資料由承辦人員另行通知。
- 十三 依申請項目之不同，附表應備文件一覽表中各文件之詳細內容，悉以保單條款為準。
- 十四 個人或法人、團體於理賠申請時，需提供身分證明文件或法人、團體登記證明文件、股權結構及負責人、董監事、總經理、出資25%以上股東之基本資料。
- 十五 提醒事項：保單持有人，若有資料造假、誇大保險事故理賠金額、預謀或故意製造或捏造保險事故、陳述或提供不實資訊等相當於保險詐欺之情事發生，將可能會危害到保單持有人之權益。

元大人壽客戶服務專線：0800-088008

地址：105 台北市民生東路三段156號17樓

電話：02-27517578 傳真：02-2718-1106

網址：www.yuantalife.com.tw

