



※保險金申請共計4頁，第1-3頁請務必填寫。

※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。應備文件、填寫說明，敬請詳閱第4頁說明。

| | | | |
|---|--|---|--|
| 一、 事故人資料 | 要保單位 (大專院校名稱)： | 事故人姓名： (Name of Insured) | 身分證號碼： (ID) |
| | 出生日期 (Date of Birth) | 聯絡電話 (Telephone) | 行動電話 (Cell Phone No) |
| 二、 申請項目 | 系所：_____ 年級 _____ 班 學號：_____ | | |
| | 聯絡地址：(Mailing Address) _____ 縣 市 _____ 鄉鎮 市區 _____ 村 里 _____ 路 街 _____ 段 _____ 巷 弄 _____ 號之 _____ 樓之 _____ | | |
| 三、 事故內容 | 醫療類 <input type="checkbox"/> 醫療給付 (Medical Benefits) <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 (Major burns Benefits) | | 身故或失能類 <input type="checkbox"/> 身故給付 (Death Benefits) <input type="checkbox"/> 失能給付 (Dismemberment Benefits) |
| | 其他類 <input type="checkbox"/> 其它給付 (Other) <input type="checkbox"/> 收據差額給付證明 (Documents for amount submitted bill in excess of medical benefit) | | |
| 四、 給付方式 | 事件時間：_____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 上午 _____ 時 _____ 分 <input type="checkbox"/> 下午 _____ 時 _____ 分 | | 事件種類(Cause)： <input type="checkbox"/> 疾病 (Illness) <input type="checkbox"/> 意外 (Accident) <input type="checkbox"/> 健保 (NHI) <input type="checkbox"/> 自費 (Own expense) |
| | 就診身分 (Medical Identity)： <input type="checkbox"/> 健保 (NHI) <input type="checkbox"/> 自費 (Own expense) | | 報案日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| ※若為意外事故 (Accident)，請續填以下欄位。 事故地點： <input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | 事故時職業及工作內容：_____ | |
| 處理事故單位：_____ 分局 _____ 派出所 _____ 員警姓名：_____ 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。) (Specify the cause of accident and detail) | |
| <input type="checkbox"/> 匯款 | | 戶名 _____ 金融機構名稱 _____ 分行名稱 _____ 帳號 _____ | 要保單位 (學校) 暨校長 (代表人) 簽章欄 <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> 支票 | | 郵寄至 <input type="checkbox"/> 事故人之聯絡地址 _____ <input type="checkbox"/> 其他指定地址 _____ | |
| 1. 若多位受益人並已檢附存摺封面影本，可免填匯款帳戶資料。 2. 未勾選給付方式或匯款給付帳戶資料未填、帳戶資料無法辨識，且未附存摺影本，本公司得逕開立支票給付。 3. 未滿二十歲以下之受益人，若有取消支票禁止背書轉讓需求，請受益人及法定代理人檢附「支票變更申請書」及身分證明文件，經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及法定代理人檢附身分證明文件正本，親臨本公司櫃檯辦理取消支票禁止背書轉讓作業。 | | | |
| 壽險業履行個人資料保護告知義務內容： 遠雄人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(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)、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)、保險監理(066)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、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： 以 台端與本公司往來之業務及契約書、授權書及申請書等所列，包括姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等必要個人資料類別為限。 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、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之再保險公司、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，本公司將可能延後或無法進行必要審核及處理作業，因此可能延遲或無法提供 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. 「同意查詢暨授權聲明書」、「各醫院專屬病歷資料調閱授權書」及「衛生福利部中央健康保險署之全民健康保險保險人提供資料申請書」，其內容若有欄位空白或漏勾選之情形，本人同意委由遠雄人壽人員代為填寫、勾選。 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。 | | | |
| 事故人/受益人簽名：_____ ID _____ (醫療保險金受益人為事故者本人) | | 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____ ID _____ (受益人為未成年人或受監護或受輔助宣告之人需填寫) | |
| 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) | | 遠雄人壽團保部 受理章收件 | |
| 承辦人章： 受理章/記錄欄 | | 遠雄人壽團保部 受理章收件 | |

全民健康保險保險人提供資料申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|------|----------------------------|----------------------------|---|---|-------------------|-------|-------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 當事人姓名 | | 性別 | 男 <input type="checkbox"/> | 女 <input type="checkbox"/> | 出生日期 | 年 月 日 | 身分證統一編號 或居留證字號 | | | | | | | | | | | | | |
| 戶籍地址 | 縣市 | 鄉鎮市區 | | | 路街 | 段 | 巷 | 弄 | 號 | 樓 | 室 | | | | | | | | | |
| 聯絡地址 | 縣市 | 鄉鎮市區 | | | 路街 | 段 | 巷 | 弄 | 號 | 樓 | 室 | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | () | | 資料項目範圍 | | | <input type="checkbox"/> 1. 年 月至 年 月就醫資料 (擇一勾選): <input type="checkbox"/> 簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」) <input type="checkbox"/> 費用格式 <input type="checkbox"/> 醫令格式 <input type="checkbox"/> 2. 投保資料 (擇一勾選): <input type="checkbox"/> 目前在保資料 <input type="checkbox"/> 全部。 <input type="checkbox"/> 3. 其他 _____。 <small>註: 1. 授權保險公司申請僅提供上述第 1 之簡易格式或 2 項資料。 2. 囿於保險人資料庫容量, 上述資料僅就主機現有檔案範圍提供。</small> | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用目的 | 申請商業保險 | | | 當事人簽名 | | | | 日期 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 代理人姓名 | | 性別 | 男 <input type="checkbox"/> | 女 <input type="checkbox"/> | 出生日期 | 年 月 日 | 身分證統一編號 或居留證字號 | | | | | | | | | | | | | |
| 戶籍地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | | | | 與本人關係 | 保險契約委託 | 代理人簽名 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 申請日期 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 公司行號 | 名稱: 遠雄人壽保險事業股份有限公司 負責人姓名: 孟嘉仁 | | | | 公司地址: 台北市信義區松高路 1 號 28 樓 公司電話: 02-27583099 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 應附證明文件 | 1. 當事人授權書 2. 當事人身分證正反面影本或戶口名簿影本 (臨櫃申請, 請檢附正本以供查驗) 3. 代理人身分證明文件正反面影本 (臨櫃申請, 請檢附正本以供查驗) 4. 其他 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

當 事 人 授 權 書

本人茲因壽險理賠(事由)之需要, 同意由代理人 (與本人關係: 保險契約委託), 向全民健康保險保險人申請提供 如申請書所勾選之資料項目及範圍, 且作為壽險理賠之用 (如: 壽險理賠)。如代理人有逾越授權申請資料之範圍, 或將申請之資料作為它用時, 由代理人依法負責。

資料影本 不需要、 需要 請中央健康保險署以掛號副知本人, 郵遞費用由代理人支付中央健康保險署。

授權人(即保險對象)姓名

蓋章

(親自簽章) 授權日期 年 月 日



| 申請項目 | | 申請理賠給付時應檢附之文件 | |
|------|---------|--|---|
| 醫療給付 | 實支實付型給付 | 1. 團體保險理賠申請書 2. 診斷證明書 | 3. 醫療費用收據正本及費用明細表 |
| | 日額給付型給付 | 1. 團體保險理賠申請書 2. 診斷證明書 | |
| | 骨折件給付 | 1. 團體保險理賠申請書 2. 診斷證明書 | 3. X光片 |
| 癌症給付 | 初次罹患給付 | 1. 團體保險理賠申請書 2. 同意查詢暨授權聲明書 3. 診斷證明書 | 4. 相關檢驗或病理切片報告 |
| | 癌症醫療給付 | 1. 團體保險理賠申請書 2. 同意查詢暨授權聲明書 3. 診斷證明書 | 4. 相關檢驗或病理切片報告 |
| 重大傷病 | | 1. 團體保險理賠申請書 2. 同意查詢暨授權聲明書 3. 診斷證明書 | 4. 相關檢驗或病理切片報告 |
| 失能給付 | | 1. 團體保險理賠申請書 2. 同意查詢暨授權聲明書 3. 診斷證明書 | ● 意外失能：另需檢附意外傷害事故證明文件 ● 截肢或缺損：X光片 |
| 身故給付 | | 1. 團體保險理賠申請書 2. 同意查詢暨授權聲明書 3. 死亡證明書或相驗屍體證明書 4. 除戶戶籍謄本 5. 受益人身分證明 | 6. 學籍資料證明文件 (需用印『學校大小章』，並蓋承辦人章以證明其資格符合)。 7. 法定繼承人聲明同意書(請向承辦單位索取) ● 意外身故：另需檢附意外傷害事故證明文件 |

一、注意事項：

- 各項保險給付申請，請依上述表列應備文件檢附送件，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。
- 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)。
- 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」。
- 因「骨折」申請意外傷害醫療保險金或失能理賠時，除檢附診斷證明書外，並請檢附 X 光片以區別骨折程度(完全骨折、不完全骨折或龜裂)及確認傷害部位。
- 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)。
- 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」。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)。
- 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。
- 申請與「癌症」有關之理賠(如：重大疾病、癌症醫療、癌症身故)，應檢附癌症病理切片或相關檢驗報告以資證明。
- 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。
- 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)。
- 受益人申領完全失能之保險金時，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。
- 非本人提出理賠申請時，須附委任書辦理。
- 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新台幣20,000元~1,000萬元者，本公司按規定之補充保險費率扣取補充保險費。
- 被保險人身故保險金，如有重病投保、高齡投保、躉繳投保、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。

◆洽詢單位：所屬學校辦理保險之單位(如 衛生保健組或學生事務組等...)