



理賠保險金申請書

填寫日期：____年____月____日

申請資料	被保險人	身分證字號	出生日期	年	月	日
	申請項目： <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 生命末期提前給付 <input type="checkbox"/> 收據差額證明 <input type="checkbox"/> 其他 ※申請身故或完全失能等保險金而契約終止時，如保險單已遺失，受益人聲明於申請前述保險金之日起作廢。 ※被保險人於本公司投保之所有有效保險契約，均視為已依本申請書提出理賠申請，其給付與否將依各保險契約條款約定辦理。					

意外事故	發生時間	年	月	日	時	發生地點	事故時職業
	請勾選發生原因並詳述經過	<input type="checkbox"/> 車禍 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 高處墜落 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 他殺/他傷 <input type="checkbox"/> 工作受傷 <input type="checkbox"/> 其他：					
	處理單位	分局/派出所	處理員警	聯絡電話			

匯款資料	※下述帳戶確為受益人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯或退匯時，概由受益人自行負責。 ※醫療保險金之受益人如為未成年人，受款人改為法定代理人或監護人(如非屬要保人時，需另檢附關係證明文件)，並於公司將款項匯入法定代理人/監護人帳戶時，視為受益人已承認對其為給付。					
	匯款至 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人/監護人(身故/失能案件不適用) <input type="checkbox"/> 前次理賠申請帳戶					
	戶名(外幣保單請填寫英文名)	若有多位受益人，欄位不敷填寫，可改提供每位受益人之存摺封面影本				
	<input type="checkbox"/> 渣打銀行 /	銀行	分行	<input type="checkbox"/> 郵局	帳號	郵局帳號請先填寫局號再填帳號

通知方式	照會/理賠審核給付通知書採以下列方式擇一送達，若多項勾選或未勾選，即以簡訊通知。 <input type="checkbox"/> 簡訊通知至本申請書內您所填的「行動電話」 <input type="checkbox"/> E-Mail 通知至本申請書內您所填的「E-Mail」 <input type="checkbox"/> 郵寄「書面紙本」至本申請書內您所填的「聯絡地址」(未填寫，逕自寄送保單通訊地址)					
	溫馨提醒： 1.若選用簡訊通知，即享優先處理與即時理賠通知。 2.選擇E-Mail、郵寄「書面紙本」通知者，將不會收到理賠受理與結案簡訊通知。 3.若簡訊、E-Mail 通知失敗時，則採郵寄「書面紙本」至本申請書內您所填「聯絡地址」(未填寫，逕自寄送保單通訊地址)					

同意事項	病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書 被保險人同意 貴公司得依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，就被保險人個人病歷、醫療及健康檢查等資料進行蒐集、處理及利用，並於確定或履行 貴公司與被保險人間之保險契約義務特定目的之必要範圍內為之(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)。					
	1. 受益人茲委任「送件業務員/保險經紀人/保險代理人」(即受任人)代為處理本件理賠申請事宜，受益人同意 貴公司將本件理賠結果內容通知受任人，並將理賠申請相關文件交付予受任人，由其代為轉交。 2. 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，受益人同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。 3. <input checked="" type="checkbox"/> 受益人瞭解且同意 貴公司得將本件理賠相關資料提供予本係保險契約之原招攬保險經紀人(指個人執業經紀人或經紀人公司)，並同意於其營業目的或其他法令許可之範圍內蒐集、處理及利用本人之個人資料。(未勾選視同不同意)					

簽章欄與聯絡資料	被保險人/受益人：_____【請簽章】 法定代理人/監護人/輔助人：_____【請簽章】					
	法定代理人/監護人/輔助人身分證字號：_____ 出生日期：_____ 國籍：_____ 性別：_____					
聯絡地址：(郵遞區號) _____						
連絡電話：_____ 行動電話：_____ E-Mail：_____						

業務填寫欄	要保單位(團體險)	業務員所屬單位	業務員	受理欄【本公司使用】
	興華經紀 2331-8288 請蓋章	請蓋章	簽名： 登錄證號碼： 行動電話：	理賠號碼：



※填寫完成後，請連同應檢附文件掛號郵寄至
 (407604)台中市西屯區臺灣大道三段 658 號 14 樓 保誠人壽保單服務_文件作業收
 ※理賠服務專線：0809-0809-68#5 (112年03月版)