



英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司
團體保險金申請書

CLM No. :

保單號碼	要保單位		
被保險人姓名	身分證統一編號： 出生年月日： 保險證證號：		
事故人姓名	身分證統一編號： 出生年月日：		
與被保險員工關係	<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女	申請類別	<input type="checkbox"/> 初次申請 <input type="checkbox"/> 續賠件
申請項目	<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 骨折未住院 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 身故/完全失能 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 職業災害 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/> 傷害醫療 <input type="checkbox"/> 門診給付 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
意外事故說明	事故發生時間： 年 月 日	事故地點：	是否報案： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	處理單位：_____警局/地檢署	處理人員：	聯絡電話：
支付方式	<input type="checkbox"/> 匯款： <input type="checkbox"/> 提供帳戶資料如下： _____ <input type="checkbox"/> 同上次申辦理賠業務所提供之帳戶 匯款對象： <input type="checkbox"/> 受益人本人 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人-身分證統一編號 _____ 受益人戶名： _____ <input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> _____銀行 _____分行/支局 帳號： _____ <small>*為確保您的權益，填寫匯款資料時，請務必確實填寫戶名、金融機構名稱、分行名稱、通匯代碼及帳號，並請檢附存摺封面影印本。戶名、帳號有誤或不全，將改以禁止背書轉讓支票給付。如申請外幣保單理賠，限以匯款方式給付。 *除醫療保險金之受益人為未滿二十歲之未成年人之情形外，本公司不受理匯入受益人法定代理人帳戶之申請；醫療保險金依前述約定匯入受益人法定代理人之帳戶後，即已完成保險契約所定給付義務，受益人不得再向本公司請求給付醫療保險金。</small>		
	<input type="checkbox"/> 支票（本項支付方式不適用於外幣保單之保險給付） <input type="checkbox"/> 郵寄受益人： <input type="checkbox"/> 同保單收費地址 <input type="checkbox"/> 其他地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 由業務員轉交		
告知事項	<p>※友邦人壽蒐集、處理及利用個人資料告知事項：</p> <p>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（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向 台端告知下列事項，請台端詳閱：一、蒐集目的：(一)人身保險。(二)金融爭議處理。(三)其他經營合於營業登記項目或組織章程所訂之業務。二、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、電子郵件地址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、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。(二)特徵類：個人描述：如年齡、性別、出生年月日等。(三)健康與其他：如病歷、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、健康檢查、檢、警、調等有調查權機關之紀錄、醫療費用收據及明細等。三、個人資料之來源：(個人資料非由當事人提供之間接蒐集情形適用)(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、個人資料利用之期間、地區、對象、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)公司及本公司海外分支機構、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、友邦保險集團、依法有調查權機關或金融監理機關。(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：以書面方式(查詢 台端個人資料可致電本公司客服專線：0800-012-666 或寄發電子郵件至 tw.customer@aia.com。六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：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，因此可能遲延或無法提供 台端相關服務或給付。</p>		
受益人簽章	<p>※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：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)。 ※若申請項目為身故保險金時，為確認本次理賠申請所附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本人(受益人)同意 貴公司將上述資料與相關單位之死亡通報系統進行資料比對。(如受益人非配偶或親屬身分，請被保險人之配偶或親屬另填寫聲明書授權同意資料比對。)</p> <p>要保單位簽章：_____ 受益人/事故人簽名：_____</p> <p>法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____ 國籍：_____ 生日：_____年 月 日 (受益人為未滿 20 歲者或受監護宣告者或受輔助宣告者時簽署，請一併填寫國籍與生日欄位)</p> <p>聯絡人：_____ 聯絡電話：_____ 與被保險人關係：_____</p> <p>聯絡地址：_____</p> <p>中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>		
業務員姓名/登錄證號(身分證統一編號)：	_____ / _____	受理日期	
聯絡電話/單位：	_____ / _____	*業務員應親晤受益人/事故人本人，並確實見證本申請書由其簽章。	

申請各項保險給付應檢附文件一覽表

申請項目 *依申請項目不同，應備文件之 詳細內容仍以各保單條款為準。	保險金給付申請書	同 意 查 詢 暨 授 權 聲 明 書	診 斷 證 明 書	醫 療 費 用 收 據 或 明 細 表	骨 折 x 光 片	病 理 切 片 檢 驗 報 告 或 檢 驗 報 告	失 能 證 明 書	死 亡 證 明 書	大 眾 運 輸 工 具 搭 乘 證 明 書	相 驗 屍 體 證 明 書	意 外 傷 害 事 故 證 明 文 件	被 保 險 人 除 戶 戶 籍 謄 本	受 益 人 戶 籍 謄 本 或 身 分 證 明	保 險 單 或 其 謄 本	貸 款 餘 額 證 明 或 清 償 證 明 (8)	
	醫療保險金															
定額(日額)給付型住院醫療	✓	✓	✓													
意外傷害住院日額/骨折未住院	✓	✓	✓		✓						✓					
意外傷害實支實付型	✓	✓	✓	✓							✓					
身故保險金																
疾病身故	✓	✓						✓				✓	✓	✓	✓	✓
意外身故	✓	✓								✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
失能保險金																
疾病完全失能	✓	✓					✓								✓	
意外失能/重大傷害失能保險金/失能扶助保險金	✓	✓					✓				✓					
重大疾病保險/特定傷病保險/初次罹患癌症保險	✓	✓	✓			✓										
重大燒燙傷	✓	✓	✓								✓					
大眾運輸傷害賠償保險(身故或失能)	✓	✓					✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
豁免保費	✓	✓	✓													
失蹤/意外失蹤	✓	✓						✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	

*特殊案件若需其他必要資料作為理賠審核之參考時，將由理賠承辦人員另行通知，屆時敬請協助提供以加速理賠時效。

申請注意事項：

- 本申請書須由受益人親自填妥簽名/蓋章，各項欄位受益人簽名/蓋章，有關受益人定義說明如下：
 - (1)申請醫療、重大/特定疾病、重大燒燙傷或失能保險金，受益人為事故人本人。
 - (2)申請身故保險金，受益人不只一人時，所有受益人均須簽名/蓋章。如受益人係未滿七歲之未成年人或為受監護或輔助宣告之人，應由其法定代理人/監護人或輔助人代為簽名/蓋章。如受益人為七至二十歲之限制行為能力者，應由受益人本人及其法定代理人簽名/蓋章。被保險人身故時，如有應給付予被保險人之各項保險金尚未給付或未完全給付，而條款無特別規定時，即應依民法規定給付予被保險人的法定繼承人，故需改由法定繼承人簽章，另請檢附『繼承系統表』及所有法定繼承人之戶籍謄本。
 - (3)應簽章者如為不識字、手部重傷或雙目失明者，可以指印代替，但須二位見證人同時簽名。
- 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」。
- 受益人倘為受監護或輔助宣告之人，應檢附法院監護或輔助宣告裁定書及受監護或輔助宣告人之戶籍謄本，由監護人或輔助人簽章協助申請，受益人本人仍為受款人。
- 依『友邦人壽附約延續批註條款』(以下簡稱本批註條款)約定，經本公司指定之附約(詳本批註條款之附表)，若其主契約因本批註條款第二條約定之情形而終止時，而本附約原保險期間尚未屆滿，要保人得繼續繳交本附約之保險費，以延續本附約之效力。
- 為確保您的權益，填寫匯款資料時，請務必確實填寫戶名、金融機構名稱、分行名稱、通匯代碼及帳號，並請檢附存摺封面影印本。
- 申請事故發生於台灣、澎湖、金門及馬祖地區以外時，除檢附原保單條款所列文件外，請一併檢附護照影本(含出、入境戳章)等證明文件，另請提供海外相關就診之完整病歷及經駐外單位認證之相關文件，中國大陸之事故證明文書應取得海基會之認證。
- 受益人或要保人申領之保險金及相關給付遭法院(或執行機關)扣押時，倘為維持自己及共同生活親屬之生活所必需者，得依強制執行法第12條規定，向法院(或執行機關)聲請或聲明異議。
- 為符合身心障礙者權利公約精神，並配合保險法部分條文之修正，相關用語修正如下：「失能」取代「殘廢」；「死亡及失能」取代「死殘」；「完全失能」取代「全殘」；「腦中風後障礙」取代「腦中風後殘障」；「機能障礙」取代「殘障」；「缺損」取代「殘缺」；「失能扶助」取代「殘扶」；「疾病失能」取代「殘疾」；「傷害失能」取代「傷殘」；「喪失工作能力」取代「失能」；「受監護宣告尚未撤銷者」取代「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」，惟前述調整不影響商品實質給付內容及相關權利義務。

※若您對理賠申請程序或應檢附文件有任何疑問，歡迎致電本公司免付費服務專線 0800-012666

同意查詢暨授權聲明書

茲因向英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱友邦人壽) 申請保險給付 投保商業保險之需要，立同意書人_____（與事故人關係：本人受益人法定代理人監護人輔助人其他_____）同意並委託友邦人壽指派之人員向 貴醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位，索引、查詢(含配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之掛號行為)、調閱、抄錄、影印事故人_____（民國(以下同)_____年_____月_____日生，身分證統一編號：_____）自契約生效日_____年_____月_____日起前五年內至本同意書”簽署日”為止之就診且不限科別之相關病歷(病名：_____）、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由友邦人壽人員代為填寫，並聲明：立同意書人同意並委託友邦人壽就本同意查詢暨授權聲明書為影印使用且本查詢聲明書之影本與正本具同等效力。

此致 各有關醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位

立同意書人簽章：_____（蓋章）身分證統一編號：_____

法定代理人簽章：_____（蓋章）身分證統一編號：_____

(或監護人/輔助人) (立同意書人未滿 20 歲或受監護宣告者或受輔助宣告者時，請簽署)

中 華 民 國 年 月 日

備註：

1. 本同意書僅供向各醫療院所調閱病歷及向警察機關、消防（救護）機關、法院、檢察署、保險公司、產壽險公會等單位查證事故經過之用，不另做其他用途。
2. 部份醫院或單位需檢附該院制式同意書及相關文件，理賠案件受理後若有需要將有專人與您連絡處理相關事宜。
3. 立同意書人非被保險人本人或為法定代理人時，請檢附身分關係證明。(如：戶籍謄本、戶口名簿)
4. 立同意書人若曾變更姓名或身分證統一編號者，請檢附戶籍謄本。