

中華民國儲蓄互助協會
社員防癌互助基金互助金申請書

一、填寫事項【請詳實填寫】

申請項目(請勾選)：死亡 住院 門診醫療 外科手術

投保社員資料：姓名 _____ 生日____年____月____日 身份證字號_____

生效日____年____月____日 投保編號(社號+存號)_____ 投保等級_____

二、說明事項

符合規定申請理賠時，請檢附下列文件正本：

應 備 文 件	身故	住院醫療	門診醫療	癌症外科手術
社員防癌互助金申請書	✓	✓	✓	✓
保險公司申請書	✓	✓	✓	✓
死亡證明書 或相驗屍體證明書	✓			
除戶戶籍謄本	✓			
受益人戶籍謄本受益人附有 照片之身分證明	✓			
醫療診斷證明書		✓	✓	✓
病理檢驗報告		✓ (初次申請需附)	✓ (初次申請需附)	✓

三、注意事項

1. 請詳細填寫本申請書及保險公司申請書，並備齊相關文件；填寫不完整或證件不齊全，將無法審核。
2. 申請理賠期間自事故發生日起二年內為之。
3. 申請理賠文件請以掛號郵寄「台中市北區北平路一段 33 號 中華民國儲蓄互助協會」收。

社號 _____ 社名 _____ 社印：_____

電話 () _____ 理事長簽署 _____ 經理/專職/社務助理簽署 _____

申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【協會初審】

住院 _____ 天 門診醫療 _____ 次 外科手術 _____ 次
死亡 不符合理賠給付項目