



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

CNL:

CLM No.:

保單號碼		要保單位	
被保險員工姓名		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 ☐ 員工 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女		申請類別	☐ 初次申請 ☐ 續賠件
申請項目	☐ 住院保險金 ☐ 骨折未住院保險金 ☐ 癌症保險金 ☐ 重大疾病保險金 ☐ 身故保險金 ☐ 殘廢保險金 ☐ 職業災害保險金 ☐ 生育保險金 ☐ 其他：_____		
意外	事故發生時間：_____年_____月_____日	事故地點：	是否報案： ☐ 是 ☐ 否
事故	處理單位：_____警局/地檢署	處理人員：	電話：
說明	事故經過詳情：		
支付	給付對象： ☐ 受益人本人 ☐ 受益人之法定代理人-身分證統一編號_____ (註) (一) ☐ 匯款：受益人戶名：_____ 通匯代號(Swift code)_____ _____銀行/郵局 _____分行/支局 帳號：_____ *帳號請參照存摺由左而右填寫，並請檢附存摺封面影印本。戶名、帳號有誤或不全，本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。 註：除醫療保險金之受益人為未滿二十歲之未成人之情形外，本公司不受理匯入受益人之法定代理人帳戶之申請；醫療保險金一經匯入上述所指定之受益人之法定代理人帳戶，本公司就該保險金之給付義務已完成，受益人不得再向本公司請求給付該項保險金。 (二) ☐ 支票 ☐ 逕寄受益人： ☐ 同保單收費地址 ☐ 另指定地址： ☐ ☐ ☐ ☐ 由業務員轉交		
告知事項	※友邦人壽蒐集、處理及利用個人資料告知事項： 一、蒐集目的：(一)人身保險。(二)金融爭議處理業務。(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、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：上述對象所在地之地區。 (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。		
受益人簽章	※若申請項目為身故保險金時，為確認本處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 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統進行資料比對。(倘受益人未具配偶或親屬身分，應請被保險人之配偶或親屬另行填寫聲明書授權同意進行資料比對。) 要保單位簽章：_____ 受益人/事故人簽名：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____ (受益人為未滿 20 歲者或受監護宣告者或受輔助宣告者時，請簽署) 聯絡人：_____ 聯絡電話：_____ 與被保險人關係：_____ 聯絡地址：_____ Email：_____ 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
業務員姓名：_____ 聯絡電話：_____		受理日期	
收件日期：_____ ※ 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。			

※ 為維護您的權益，送件前請再次檢視資料是否填寫完備、欄位是否填寫完整，並請受益人本人親自簽名。有關各項保險金給付應檢具之文件及注意事項，請參閱背面之說明。

編號：CLMA001

第一頁

版本：2015 年 05 月

申請各項保險給付應檢附文件一覽表

申請項目 應備文件 *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	殘 廢 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 籍 謄 本	受 益 人 戶 籍 謄 本 或 身 份 證 明	保 險 單 或 其 謄 本
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	✓	✓							✓	✓	✓	✓	✓	✓
殘廢保險金														
疾病完全殘廢	✓	✓					✓							✓
意外殘廢/重大傷殘保險金	✓	✓					✓				✓			
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（身故或殘廢）	✓	✓					✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
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、重大燒燙傷或殘廢保險金，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。
- 受益人申請生前提前給付、殘廢保險金、重大傷殘、保險費豁免時，本分公司必要時得對申請理賠之被保險人的身體予以檢驗，其一切費用由本公司負擔。
- 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。申請外幣保單時，須填寫與外幣保單帳戶相同的英文姓名，並需檢附外幣存款帳號之證明文件。
- 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。
- 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。

※若您對理賠申請程序或應檢附文件有任何疑問，歡迎與業務員聯繫或致電免付費服務專線 0800-012666
英屬百慕達商友邦人壽保險國際股份有限公司台灣分公司

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

立聲明書人簽章：_____（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）（立聲明書人未滿 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. 本聲明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証事故經過之用，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. 立聲明書人非被保險人本人或為法定代理人時，請檢附關係證明。(如：戶籍謄本、戶口名簿)
4. 立聲明書人若曾更改姓名者，請檢附戶籍謄本。