

保險金申請書

※為配合電腦作業，敬請使用黑色原子筆或鋼珠筆填寫本申請書

受理號碼：

※敬請於事故日起十日內提出申請並於一個月內惠予補足相關文件，申請各項保險金應檢附文件及注意事項，敬請詳閱第二頁說明。

事故人	姓名	王 ○ ○						通訊處：	助理	受理人員
	身分證字號	A 1 6 6 X X X X X X							日期章：	日期章：
	出生日期	7 8 年 X X 月 X X 日						要保單位 (申請團體險必填)		
	目前職業 工作內容 (申請意外身故必填)	職業代碼	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	保單號碼		

申請項目	險別	1 <input type="checkbox"/> 個人險 2 <input type="checkbox"/> 團體險 3 <input type="checkbox"/> 旅行平安險 (申請團體險或旅行平安險，請務必填寫保單號碼)										
理賠型態		1 <input type="checkbox"/> 醫療 2 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 3 <input type="checkbox"/> 癌症 4 <input type="checkbox"/> 失能 5 <input type="checkbox"/> 豁免保費 6 <input type="checkbox"/> 長期看護/照顧 7 <input type="checkbox"/> 死亡 8 <input type="checkbox"/> 完全失能/失能扶助保險金 9 <input type="checkbox"/> 婦女關懷保險金 10 <input type="checkbox"/> 差額證明 11 其它_____										

聲明 申請死亡/完全失能保險金，因保險單遺失，本人聲明保險單作廢。(同意者請勾選，未勾選者視為不同意)

事故原因	1 <input type="checkbox"/> 意外 2 <input type="checkbox"/> 疾病 (申請「意外」，請務必詳填事故時間、地點、經過等資料)	事故地區：01 <input type="checkbox"/> 國內 02 <input type="checkbox"/> 大陸 03 <input type="checkbox"/> 國外
	曾就診之醫院診所：	事故地點：台北市建國北路二段
	事故時間：106年11月XX日21時	員警姓名：王○凱
	經過詳情：下班騎車行經建國北路二段時遭汽車撞傷	聯絡電話：02-23456XXX 處理憲警單位：建○派出所

給付方式	1 <input type="checkbox"/> 醫療保險金之受益人未滿20歲之未成年人，受款人改為法定代理人或監護人。法定代理人或監護人非要保人時，需另檢附關係證明文件。(身故件不適用本項)	
	2.1 <input type="checkbox"/> 依據「保單約定匯款帳戶申請書」約定之「匯款帳戶」(若有保單未約定匯款帳戶，本公司將合併於有約定匯款帳戶之保單辦理。)	
	2 匯款 2.2 <input type="checkbox"/> 同前次理賠申請帳戶 (擇一) 2.3 <input type="checkbox"/> 同「事故人」	
	2.4 <input type="checkbox"/> 匯款帳戶：王 ○ ○ 身分證字號：A 1 6 6 X X X X X X	

金融機構及分行名稱	金融機構及分行代碼	帳號(郵局帳戶請依局號、檢號、帳號、檢號之順序)
第一銀行○○分行	0 7 1 5 X X	0 0 1 2 3 4 5 6 7 X X X X

蒐集、處理及利用個人資料告知事項
一、本公司以人身保險業務(001)及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)為特定目的之個人資料蒐集、處理及利用。二、本公司蒐集之資料類別代號如：識別 C001~C003；特徵 C011~C013；家庭情形 C021；C023；社會狀況 C031~C033；C035；C037~C038；C040~C041；教育等專業 C051~C052；財務細節 C081~C082；C084；C086；C088~C089；健康 C111，詳細內容請參照法務部公告之「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」。三、台端之個人資料可能由以下方式及人員經本公司間接蒐集：要保人；當事人之法定代理人、輔助人；各醫療院所；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、台端個人資料利用之(一)期間：依本公司因執行業務所必須及相關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、財團法人(保險事業發展中心、保險安定基金、金融消費評議中心、金融聯合徵信中心、聯合信用卡中心、保險犯罪防制中心)、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公司、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、台端依據個資法第三條規定，得以書面方式向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本；請求補充或更正；請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除台端經本公司蒐集之個人資料。六、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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

蒐集、處理及利用病歷、醫療及健康檢查等個人資料同意事項
申請人(以下簡稱本人)同意，貴公司得依據個人資料保護法及保險法第177條之1第2項所訂管理辦法所列之目的及範圍內，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。

申請人聲明並同意下列事項：1.依保險單條款約定提出保險金申請。2.上述「給付方式」欄。3.未指定保險金給付方式或指定匯款之金融機構未接受銀行電匯業務或因其他原因無法匯款時，本公司將改以開立即期支票之方式辦理。(指定匯入信託專戶者，若匯款不成功將再次確認後匯款)。4.因資料錯誤致成損失，或涉及受益求償之法律問題，則由本人負責，與 貴公司無涉。5.申請之理賠項目為「身故保險金」者，為確認該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，申請人同意三商美邦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。

申請人(即被保險人)/受益人：王 ○ ○ 法定代理人/監護人/輔助人：_____

身分證字號：A 1 6 6 X X X X X X 身分證字號：

聯絡地址：同「收費地址」(申請團體險及旅行平安險者不適用本項勾選，請務必詳填地址)
110-59 台北市 市/縣 信義 鄉/鎮/市/區 信義路X段XXX巷X弄X號X樓

※倘未勾選或填寫，理賠各式書函/通知，將郵寄至保單之「收費地址」或「住所」
聯絡電話/手機：02-2345XXXX / 09XXXXXXX 中華民國 年 月 日

銀行(證券/信用社/農漁會)	分行(單位)代號	分行(單位)名稱	保經代受理編號
業務員簽名/受託人簽名	業務員登錄字號/受託人身分證字號	業務員/受託人電話	

★★申請保險金應檢附文件（摘要如下，詳請參閱保單條款規定）

保險金申請項目 檢附文件	醫療險			疾病身故	意外身故	疾病或意外完全失能	完全失能扶助	部分失能	重大燒燙傷	重大疾病	生命末期先行給付	重大疾病先行墊付	防癌險			婦嬰險			職業災害險					
	疾病或傷害住院	傷害門診	骨折未住院										癌症死亡 / 完全失能	初次罹癌 / 醫療	癌症醫療補償	嬰兒祝賀	先天性重大缺損	孕婦關懷	身故	薪資	喪失工作能力	失能		
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
診斷證明書	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓					
醫療費用收據和明細表	✓	✓																						
全民健康保險診療證明文件（註1）	✓	✓																						
骨折 X 光片			✓																					
失能診斷書						✓	✓	✓																
死亡證明書或相驗屍體證明				✓	✓								✓							✓				
被保險人除戶籍謄本				✓	✓								✓											
被保險人戶籍謄本或生存證明文件							✓								✓									
受益人戶籍謄本或身分證明				✓	✓								✓			✓	✓							
意外事故證明文件（註2）	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓															
出生證明																✓	✓							
病理切片或相關檢驗報告（註3）										✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓							
骨髓移植、乳房重建、義肢裝設、 義齒裝設證明文件																✓								
搭乘大眾運輸工具證明（註4）					✓	✓		✓																
勞工保險失能診斷書																								✓
職業災害認定證明文件																					✓	✓	✓	✓
勞工保險給付收據																					✓	✓	✓	✓
保險單或其謄本				✓	✓	✓	✓						✓											

註1：以全民健保身分投保相關醫療險種者，請檢附全民健康保險診療證明文件，若相關診斷書或醫療單據中可確認以全民健保身分就診者可免檢附。

註2：申請意外傷害保險金時，請檢附意外傷害事故證明文件(如報案三聯單、交通意外事故證明書等資料)以加速審核。

註3：首次申請癌症、重大疾病或先天性重大缺損保險金時檢附。

註4：申請大眾運輸傷害保險金時檢附。

註5：保險金申請項目應檢附之文件，悉以保單條款規定為準；其他特殊案件若因審核之必要而須提供其他資料時，將由承辦人員另行通知，屆時敬請儘速補件以加速理賠處理時效。

註6：主被保險人身故或完全失能時，本公司將依「附約延續批註條款」及相關規定辦理附約效力延續作業，如有問題，請電洽客戶服務專線：0800-022-258。

注意事項：

- 為符合身心障礙者權利公約（CRPD）精神，並配合保險法部分條文之修正，本申請書（含合理賠型態、聲明、申請保險金應檢附文件及注意事項）係以「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」，且前開用詞之取代將不會影響被保險人／受益人於原保險契約應有之權益。
- 本申請書需詳填各項欄位並簽名蓋章，身故受益人不止一人時，均需簽名蓋章或各填一份，如為未成年者，須再由法定代理人簽名蓋章，本理賠申請須待保單條款規定之相關文件齊全後始予核辦。
- 受益人倘受有監護或輔助宣告者，請檢附監護或輔助之宣告裁定書並由監護人或輔助人協助提出理賠申請。
- 申請於國外發生之保險事故時，請檢附護照影本及相關就診之完整病歷影本，且各項文件須經駐外館處認證，以加速理賠處理時效。
- 身故件之死亡原因為「解剖中」或「不詳」者，身故受益人須另檢附「解剖鑑定報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時，如該保險金係屬於強制執行法第122條第2項規定所稱之「係維持自己及其共同生活之親屬生活所必需者」，受益人得依強制執行法第12條規定，向該執行機關聲請或聲明異議。
- 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」規定，單次給付理賠延滯利息達新臺幣貳萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費；但具下列身分之一者，得於理賠申請時主動檢附下列文件，可免扣取補充保險費：
 - 低收入戶、中低收入戶者：檢附社政機關核定有效期限內之低收入戶、中低收入戶證明文件。
 - 未具健保投保資格或喪失投保資格者：非本國人者檢附護照影本、已除籍之本國人者檢附近三個月內戶籍證明文件。
- 申辦各項保險金給付，本公司並無額外收取其他費用，為維護您的權益，切勿聽信不法代辦業者，如有保險金給付或填寫本申請書相關問題，請電洽客戶服務專線：0800-022-258 或至本公司網站(www.mli.com.tw)查詢，以免受害。謝謝！



授權同意查詢聲明書

立同意書人因向三商美邦人壽保險股份有限公司(以下稱三商美邦人壽)申請被保險人(即事
故人) 王 ○ ○ (78 年 XX 月 XX 日生, 身分證字號 A 1 6 6 X X X X X X)
保險事故理賠保險金之需要, 以保險契約受益人(本人/法定代理人)之身分, 同意並委託三商
美邦人壽指派之人員向 貴醫療院所、健保局、地檢署、警察機關、消防(救護)機關、交通監理
機關、海巡機關、保險公司、保險公會...等機構, 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、影印事故人自契約生效日: 民國 106 年 11 月 XX
日之前五年內迄本聲明書日期為止, 不限科別(病名: 顱內出血 疾病/傷害)
之就診紀錄(包括: 病歷、醫療及健康檢查等資料)、事故相關筆錄與鑑定報告、本案保險事故相
關資料作為參證之處理及利用, 且若申請之理賠保險金項目為「身故保險金」者, 為確認該理賠
申請所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性, 立同意書人另同意三商美邦人壽將
前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

上述欄位如有空白, 立同意書人同意委由三商美邦人壽人員代為填寫, 並聲明本查詢聲明書
授權三商美邦人壽得影印後使用, 且本查詢聲明書之影本與正本具同等效力。

此 致

各相關醫療院所、健保局、地檢署、警察機關、消防(救護)機關、交通監理機關、海巡機關、保
險公司、保險公會等...機構

立同意書人簽名: 王 ○ ○ 蓋章:

身分證號碼: A 1 6 6 X X X X X X

法定代理人/監護人/輔助人簽名: 蓋章:

身分證號碼:

中華民國 年 月 日

一、「授權同意查詢聲明書」為查詢醫院及相關單位資料所必需, 為加速理賠作業, 請填寫被保險人(即事故人)相關
資料, 並由被保險人(死亡件為身故受益人)簽名蓋章, 倘被保險人(或身故受益人)係未成年者, 則須再由法定
代理人簽名蓋章並檢附關係證明(戶口名簿影本)。

二、倘遇有部分醫療院所需提供該院所之制式表格情況, 本公司將通知業務同仁勞煩您補正。



CL2287