



理賠號碼：_____

被保險人姓名		※本國籍姓名須與戶籍登記一致/外籍人士姓名須與居留證一致。			
被保險人身分證字號	出生日期	年	月	日	就診醫院
疾病/傷害名稱	事故時職業及工作內容 申請意外醫療時必填				
意外事故經過	【發生時間】於____年____月____日____時；【發生地點】在□住處□工作地點□其他_____				
	【事故類型】□高處墜落 □動物咬傷 □跌倒 □高熱腐蝕物灼傷 □落水 □火災 □廚房切割傷 □工作機械碾壓				
	□自殺自傷 □異物擊中 □異物梗塞 □中毒 □他人刀劍槍棍傷 □其他_____				
	□車禍【報案單位_____ 處理警員_____ 電話_____】				
【申請項目】					
<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 意外醫療 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 特定傷病/重大傷病 <input type="checkbox"/> 重大/嚴重燒燙傷 <input type="checkbox"/> 申請差額證明 <input type="checkbox"/> 失能生活扶助/失能生活補助 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 家用保障保險金一次提領 <input type="checkbox"/> 遺族照顧保險金 <input type="checkbox"/> 遺族照顧保險金一次提領 <input type="checkbox"/> 老年住院醫療(MNB) <input type="checkbox"/> 簡易限額(FNB)申請金額_____萬元 <input type="checkbox"/> 生前需求(LNB)保單號碼：_____ 申請保額_____萬元 <input type="checkbox"/> 長期照顧提前給付(LAB)保單號碼：_____ 申請金額_____萬元 <input type="checkbox"/> 申請其他理賠：_____					
【聲明事項】					
<input type="checkbox"/> 本次事故聲明放棄申請： <input type="checkbox"/> 終身醫療(PMI) <input type="checkbox"/> 終身手術醫療(PSI) <input type="checkbox"/> 住院醫療費用(HX) <input type="checkbox"/> 其他_____					
<input type="checkbox"/> 申請身故/完全失能保險金，因保險單遺失，本人聲明保險單作廢，無須補發。(未勾選者視為不同意)					
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同通訊地址 郵遞區號 □□□-□□□ 手機號碼：_____				
(必填)	_____市/縣 _____鄉/鎮/市/區 _____道/路/街 _____段 _____巷 _____弄 _____號之_____樓之_____				
【匯款】(相關欄位皆為必填) 幣別： <input type="checkbox"/> 台幣 <input type="checkbox"/> 美金(外幣保單限以匯款方式給付)					
戶名：_____ 身分證字號：_____					
金融機構：_____銀行/郵局 _____分行/支局 帳號：_____					
(郵局帳號請依局號、檢號、帳號、檢號順序填入)					
【支票】 <input type="checkbox"/> 郵寄支票(同聯絡地址) <input type="checkbox"/> 壽險顧問/業務員親自遞送支票(須檢附保險給付親自遞送申請書)					
<input type="checkbox"/> 受益人親領支票(請於收到本公司給付通知之3日後，攜帶雙證件至總公司領取)					
「壽險業履行個人資料保護法告知義務說明書」： 台新人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱： 一、蒐集之目的：(一)○○- 人身保險；(二)一八一- 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。二、蒐集之個人資料類別：(一)識別類：例如身分證號碼/統一編號、姓名、電話、地址、金融機構帳戶或信用卡資料；(二)特徵類：例如性別、出生年月日、國籍、身高、體重；(三)病歷、醫療、健康檢查；(四)其他：詳如相關業務申請書或契約書內容。三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：(一)期間：本保險契約之有效期間及依法令規定應為保存之期間；(二)對象：本公司、本公司所屬金融控股公司及其他子公司與分支機構、業務委外機構、與本公司合作推廣保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司(透過保險代理人或保險經紀人公司投保者)、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、財團法人金融消費評議中心、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督管理委員會及其他未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者；(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。四、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：書面、電子郵件、傳真、電子文件。五、台端不提供個人資料所致權益之影響：台端若未能提供相關個人資料時，本公司將無法完成 您的理賠申請事宜。					
「壽險業病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書」： 立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司基於理賠處理需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)， 蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。					
「死亡通報系統資料比對-理賠相關文件聲明」： 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，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資料進行比對；若本人(受益人)非被保險人之配偶或親屬，應另由被保險人之配偶或親屬任一一人於本申請書簽署同意，以將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。					
受益人簽名：_____		申請日：_____年 _____月 _____日			
法定代理人、監護人或輔助人簽名：_____		身分證字號：_____ 與受益人關係：_____			
申請生前需求或首次老年住院醫療或長期照顧提前給付者，請要保人簽名：_____					
【壽險顧問/業務員/送件人聲明】					
本人聲明當受款人非被保險人時，已驗證受款人之身分證明文件，並確認其身分無誤。					
壽險顧問/業務員/送件人簽名：_____		代碼/登錄證字號：_____			
送件單位/受理日期		理賠部/受理日期			

保險金申請應備文件

申請項目 應備文件	身故			失能		完全失能 / 失能生活扶助保險金	特定傷病 / 重大傷病	豁免保險費			醫療				其他						
	疾病身故	意外身故	簡易限額理賠	完全失能 / 失能補助保險金	部份失能			身故	失能	喪失工作能力	住院醫療險日定額 / 實支	手術醫療	終身醫療	意外傷害日額 / 實支	癌症	生前需求保險金	長期照顧提前給付保險金	遺族照顧保險金	傷害失能生活補助保險金	老年住院醫療保險金	分期定期保險金
保險金申請書	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
死亡證明書 / 相驗屍體證明書	●	●	●						●												
分期定期給付日後所申請之戶籍謄本																					●
被保險人之除戶戶籍謄本	●	●							●												
保單周年日後所申請之戶籍謄本(或可資證明生存之文件)						●															
保險單或其謄本	●	●		●			●				●	●	●		●	●					
受益人之身份證明	●	●	●	●	●		●	●			●	●	●				●	●			
失能診斷證明書				●	●				●												
診斷證明書								●		●	●	●	●	●	●						●
救護車緊急醫療運送之證明文件											●										
醫療費用收據正本 / 醫療費用明細表										●		●	●								
外科手術證明文件 / 重大傷病證明							●														
病理組織切片報告 / 相關病歷檢驗報告							●							●	●						
意外傷害事故證明文件		●		●	●						●		●								
離職或留職停薪證明書										●											
外幣存款帳號證明文件(外幣保單適用)	●			●		●	●	●	●												
FATCA/CRS 自我證明表暨同意書			(備註 2)	●		●	●	●							●	●					

備註：

1. 實際應檢附文件以各保單條款約定為準。
2. 申請身故理賠時(含簡易限額理賠)，倘受益人具有美國指標或外國國籍(含稅籍)身份或保單現金價值大於 5 萬美元，須請填寫 FATCA/CRS 自我證明表暨同意書。
3. 配合 107 年 6 月 15 日「保險法」部分條文修正案實施，於 107 年 6 月 15 日前生效之保險契約相關用詞對照如右表，惟保障內容仍依原保單條款約定辦理，保險金申請權益不受影響。

107 年 6 月 15 日前之保單條款用詞	保險法修正案實施後條款用詞
殘廢	失能
死殘	死亡及失能
全殘	完全失能
腦中風後殘障	腦中風後障礙
殘障	機能障礙
殘缺	缺損
殘扶	失能扶助
殘疾	疾病失能
傷殘	傷害失能
失能	喪失工作能力

注意事項：

1. 保險金申請書須詳填各項欄位並由受益人簽名/蓋章，相關說明如下：
 - (1) 除申請身故、遺族照顧保險金、失蹤外，受益人均為被保險人(即事故人)本人。
 - (2) 申請身故，受益人係指保險單所載之指定身故受益人，身故受益人不只一人時，均需簽名/蓋章或各填寫一份。
 - (3) 受益人為法定繼承人者，須檢附本公司之繼承系統表。
 - (4) 受益人為未滿七歲之未成年人，由其法定代理人代為簽名/蓋章及其法定代理人簽名/蓋章。
 - (5) 受益人為滿七~未滿十八歲之未成年人，由受益人及其法定代理人簽名/蓋章。
 - (6) 受益人為受監護宣告或受輔助宣告者，須加具其監護人或輔助監護人簽名/蓋章。
 - (7) 應簽章者為不識字、手部重傷或雙目失明者，得以手印代替，但須二位見證人同時簽名。
2. 各式診斷證明書需為正本，若為影本需經原發證機關加蓋印信關防。(須註明住院/出院/加護病房/燒燙傷病房之日期、放射線治療/化學治療之日期、門診日期及詳細手術日期/名稱/部位。如為急診住院，請醫院於診斷證明書中詳載入急診室之時間。如申請嚴重/重大燒燙傷保險金，請醫院於診斷證明書中需載明燒燙傷程度及佔體表面積之比例。)
3. 醫療保險金受益人倘未滿十八歲且給付金額為 50 萬元以下者，可匯款至受益人之法定代理人，惟需檢附可茲證明法代與受益人之關係證明(如戶口名簿、戶籍謄本)、或經由保單資料可確認關係者。
4. 申請支票取消劃線或禁止背書轉讓者，須填寫「支票取消劃線或禁止背書轉讓申請書」。
5. 申請完全失能之被保險人如有精神障礙或心智缺陷致不能為意思表示或受意思表示、不能辨識其意思表示之效果、或上開能力顯有不足者，請附法院監護宣告或受輔助宣告之裁定。
6. 身故之死亡原因為「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」。
7. 依身故或失能事故申請豁免保費者，應分別檢具死亡證明書及除戶戶籍謄本或失能診斷書。
8. 申領續期特定傷病、完全失能扶助保險金、失能生活扶助保險金、分期定期保險金時，須檢附受益人之戶籍謄本。
9. 非屬身故之保險事故導致主約終止，附加之長年期附約效力不隨主約終止。
10. FNB 申請注意事項：本公司理賠部於上午 10:30 前收訖申領文件，且保險金給付方式選擇為匯款者，可於當日完成給付作業。
11. LNB 申請注意事項：1. 台幣保單 500 萬為限、美元保單 15 萬為限。2. 提醒您，申請「享安心變額萬能壽險」之「生前需求保險金」給付時，本公司係以「台新人壽附加條款-生前需求保險金給付條款」第二條第五項約定計算應給付之「生前需求保險金」，其中「保單帳戶價值比率」係依年齡間距而有三種不同之比率，倘 您申請「生前需求保險金」時，您的保險年齡為 40 歲或 70 歲，但經本公司同意給付日後的第六個保單週月日已屆保險年齡 41 歲或 71 歲，因「保單帳戶價值比率」會減少，故將影響「生前需求保險金」之給付金額，此攸關您的權益，敬請審慎評估。
12. LAB 申請注意事項：保額轉換表版本之適用，以被保險人提出申請時本公司所公告之最新版本為準，惟本公司一旦就本契約首次給付長期照顧提前給付保險金後，被保險人就本契約後續申請時所適用之保額轉換表將同首次給付適用之版本不再異動。
13. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時，如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者，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。