

10908 版

申請各項保險給付應檢附文件一覽表 (✓: 個險及團險適用 ◎: 個險適用 △團險適用 ★: 學保適用)

申請項目 應備文件	醫療			失能		身故			重大 疾病	重大 傷病	豁免 保費	失能(安養) (完全失能)	喪失 所得補償 (給付)	生育 津貼	眷屬 喪葬津貼	骨折	付生前 需求 提前給	先住院 慰問 保險金
	醫療 日額 型	實支 實付 型	癌症 醫療	部份 失能	完全 失能	疾病 身故	癌症 身故	意外 身故										
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
診斷證明書	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	◎		✓	✓	
全民健保核發之重大傷病證明文件正本										◎								
收據正本及費用明細表		✓																
X光片(碟)																✓		
出生登記戶籍謄本														◎				
死亡證明書						✓	✓	✓										
除戶戶籍謄本						✓	✓	✓							✓			
受益人身分證明(如身分證影本、戶籍謄本)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
法定繼承人聲明同意書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
相關檢驗或病理切片報告			✓				✓		✓									
同意查詢暨授權聲明書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	
外幣存款帳號之證明文件(外幣保單適用)					◎	◎	◎	◎										
康富醫療健康保險附約住院慰問保險金申請書(專用)																		◎
住院證明文件(如住院診斷證明、床頭卡個人資料影像、病人手圖影像)																		◎
職業災害證明 勞工保險給付收據影本				△	△	△	△	△				△	△					
學籍資料證明文件(需蓋學校大小章及承辦人員章)						★	★	★										
保險單					◎	◎	◎	◎				◎						

一、注意事項：

- 各項保險給付申請，請依上述表列應備文件檢附送件，倘為理賠審核必須增補其他文件者，將由承辦人員另行通知。
- 國外開立之證明文件應依相關法令規定進行公證及驗證後使用，詳情可上外交部領事事務局網站查詢(網址: www.boca.gov.tw)。
- 身故原因為「解剖鑑定中」者，應補「解剖鑑定報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 因「骨折」申請意外傷害醫療保險金或失能理賠時，除檢附診斷證明書，並請檢附X光片以確認傷害部位及骨折程度(完全骨折、不完全骨折或龜裂)。
- 申請意外身故或完全失能時，為加速理賠作業，請一併附上「意外傷害事故證明文件」(如警方證明文件)。
- 為有利於理賠調查作業，承辦人員可能會通知補具各機關(醫院)專用「同意查詢暨授權聲明書」。倘立書人為事故人/身故受益人之法定代理人/監護人/輔助人時，請另檢附關係證明(如戶口名簿影本、法院宣告裁定等)。
- 申請完全失能之被保險人如為受監護宣告尚未撤銷者，需檢附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。
- 申請與「癌症」有關之理賠(如：重大疾病、癌症醫療、癌症身故、豁免保費)，應檢附癌症病理切片或相關檢驗報告以資證明。
- 醫療原因為剖腹產給付，地區醫院等級(含)以上免附病歷，婦產科診所需檢附病歷影印本或產程記錄。
- 受益人身分證明係指受益人之戶籍謄本或受益人身分證正反面影本(若受益人指定為法定繼承人，除身分證正反面影印本外，尚須檢附受益人之全部戶籍謄本並填具「繼承人聲明同意書」，以便確認受益人數與給付金額)。
- 申請「失能安養(完全失能)扶助保險金」者，每年申領給付時應提出可資證明被保險人生存之文件，如戶籍謄本。
受益人申領完全失能之保險金、失能安養(完全失能)扶助保險金時，本公司得對被保險人的身體予以檢驗，必要時並得經受益人同意調閱被保險人之就醫相關資料，其一切費用由本公司負擔。但不因此延展保險公司依條款約定應給付之期限。
- 非本人提出理賠申請時，須附委任書辦理。
- 依全民健康保險法與全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法之規定：
13.1 歸責保險人未在15日內給付保險金所衍生之延滯利息係屬所得稅法所稱之利息所得，為補充保險費之扣取範疇。
13.2 延滯利息單次給付金額新台幣5,000元~1,000萬元者，本公司應按規定之補充保險費率扣取補充保險費。
- 被保險人身故保險金，如有重病投保、高齡投保、躉繳投保、短期投保、舉債投保、鉅額投保、密集投保或保險給付低於或相當於已繳保費等之保險給付件，若有規避遺產之情形，稽徵機關仍然可以按照稅法實質課稅原則辦理。
- 當被保險人身故或完全失能或保險金總額已達給付上限或主契約因非屬身故之保險事故而致主約終止後，若不同意附約延續承保，可另洽遠雄人壽保戶服務部辦理終止附約。

※自行郵寄保險金申請書辦理者，請郵寄至總公司或分公司理賠單位收。

※台北總公司：11073 台北市信義區松高路1號28樓 理賠部

電話：02-2758-3099 傳真：02-8789-2484

※台中分公司：40759 台中市西屯區台灣大道二段635號 理賠科

電話：04-2329-5550 傳真：04-2329-5556

※高雄分公司：80247 高雄市苓雅區三多四路112號1樓 理賠科

電話：07-330-9523 傳真：07-545-4066

客服免付費電話：0800-083-083

全民健康保險保險人提供資料申請書

當事人姓名		性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號													
戶籍地址	縣市	鄉鎮市區	路街	段	巷	弄	號	樓	室									
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區	路街	段	巷	弄	號	樓	室									
聯絡電話	()		資料項目範圍	<input type="checkbox"/> 1. 年 月至 年 月就醫資料 (擇一勾選): <input type="checkbox"/> 簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」) <input type="checkbox"/> 費用格式 <input type="checkbox"/> 醫令格式 <input type="checkbox"/> 2. 投保資料 (擇一勾選): <input type="checkbox"/> 目前在保資料 <input type="checkbox"/> 全部。 <input type="checkbox"/> 3. 其他。 註: 1.授權保險公司申請僅提供上述第 1 之簡易格式或 2 項資料。 2.囿於保險人資料庫容量, 上述資料僅就主機現有檔案範圍提供。														
使用目的	申請商業保險		當事人簽名				日期	年 月 日										
代理人姓名		性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號													
戶籍地址																		
聯絡地址																		
聯絡電話			與本人關係	保險契約委託	代理人簽名													
					申請日期	年 月 日												
公司行號	名稱: 遠雄人壽保險事業股份有限公司 負責人姓名: 孟嘉仁			公司地址: 台北市信義區松高路 1 號 28 樓 公司電話: 02-27583099														
應附證明文件	1. 當事人授權書 2. 當事人身分證正反面影本或戶口名簿影本 (臨櫃申請, 請檢附正本以供查驗) 3. 代理人身分證明文件正反面影本 (臨櫃申請, 請檢附正本以供查驗) 4. 其他_____																	

當事人授權書

本人茲因壽險理賠 (事由) 之需要, 同意由代理人 (與本人關係: 保險契約委託), 向全民健康保險保險人申請提供 如申請書所勾選之資料項目及範圍, 且作為壽險理賠之用 (如: 壽險理賠)。如代理人有逾越授權申請資料之範圍, 或將申請之資料作為它用時, 由代理人依法負責。

資料影本 ☐ 不需要、 ☐ 需要 請中央健康保險署以掛號副知本人, 郵遞費用由代理人支付中央健康保險署。

授權人 (即保險對象) 姓名

蓋章

(親自簽章) 授權日期 年 月 日

同意查詢暨授權聲明書

茲因申請遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱遠雄人壽)保險給付之需要，由立同意書人以被保險人(姓名：_____，生日：民國____年____月____日生，身分證統一編號：_____)之☐本人☐父母☐配偶☐子女☐繼承人(關係：_____)之身分，請 貴醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司或其他相關之單位或個人，協助遠雄人壽指派之人員索引、查詢(包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作，或配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為)、問診、調閱、抄錄、影印自契約生效日：民國____年____月____日前五年內迄本同意聲明書簽章日為止，不限科別之所有就診病歷(病名：_____)、投保資料或其他與本次保險事故相關資料(包含書面及電腦檔案)以為參證之用，恐口說無憑，特立此書為證。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由遠雄人壽人員代為填寫，並聲明：立同意書人同意並委託遠雄人壽就本同意聲明書為影印使用；立同意書人同意本同意聲明書之影印本與正本具同等效力且依前述內容辦理。

若因醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位要求提供特定格式同意書，本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。

此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位或個人。

立 同 意 書 人：_____〔簽名〕 _____〔蓋章〕

身分證統一編號：_____

法 定 代 理 人：_____〔簽名〕 _____〔蓋章〕

身分證統一編號：_____

(立同意書人為未成年者，請法定代理人簽名並蓋章，並請檢附身分證正反面影本及戶口名簿影本等關係證明文件。)

聯絡電話：

行動電話：

聯絡地址：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註：請您於申請理賠時一併於本聲明書簽名及蓋章，並檢附身份證正反面影本，本公司將會從速辦理，若經評估本案需要查詢病歷而您未簽名及蓋章同意時，將會影響本次理賠辦理的速度。(提醒您，部分醫院例如：臺大醫院、各地榮民總醫院、各衛生福利部醫院、各地慈濟醫院…等，皆會要求使用該院之專用制式表格，如需要您再行補立同意書，屆時會再通知您協助。)