

送件單位	服務人員 姓名	聯絡電話	行政助理受理章	通訊處主管簽署
	服務人員 ID	行動電話		

※本申請書請申請人逐項填寫，紅框部份請務必填寫，以利理賠服務。

申請項目	※申請各項保險金應檢附文件及注意事項，敬請詳閱背面說明。			
	01 <input type="checkbox"/> 身故給付	02 <input type="checkbox"/> 重大疾病	03 <input type="checkbox"/> 殘廢給付	04 <input type="checkbox"/> 意外醫療
	05 <input type="checkbox"/> 住院醫療	06 <input type="checkbox"/> 防癌醫療	07 <input type="checkbox"/> 職業傷害險	08 <input type="checkbox"/> 其它給付
事故者資料	保單號碼：		事故者：	
	身分證號碼：			
	(員工姓名： _____ 事故者與員工之關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母)			
	事故者聯絡住址	出生日期	年 月 日	
	任職要保單位(公司)	住所聯絡電話		
職務及工作內容	行動電話			
任職要保單位地址	公司聯絡電話			
事故原因	事故種類： <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外	就診身分： <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	若為意外事故，則以下欄位務必詳細填寫	
	就診時間：	醫療院所：	事故時間： 年 月 日 時	
	診斷病名：	事故地點： <input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 其他：		
	是否痊癒： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	原因及經過情形：		
	是否曾經或正向其它保險公司申請理賠： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
給付方式	保險公司名稱：		處理單位：	分局 派出所
			員警姓名：	電話：
	1. <input type="checkbox"/> 匯款(請附上受益人存摺影本辦理) 2. <input type="checkbox"/> 支票(禁止背書轉讓之劃線支票) 郵寄至 <input type="checkbox"/> 要保單位(由公司轉交) <input type="checkbox"/> 遠雄人壽通訊處(由服務人員轉交) <input type="checkbox"/> 其他地址 _____		要保單位 簽章 欄 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> 負責人	
※若有取消支票禁止背書轉讓需求，請另附支票變更申請書並驗證受益人身分後始予受理此項作業，支票金額逾五萬元者，請受益人親臨本公司櫃檯辦理取消支票禁止背書轉讓作業。				
聲明同意事項	1. 遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)為執行理賠作業需要，於理賠作業期間得蒐集、處理或利用聲明人的姓名、出生年月日、國民身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查，或其他得以直接或間接方式識別該聲明人之電腦資料及書面資料，並限於台灣地區利用前述資料。 2. 聲明人已知悉如果不同意上述事項，遠雄人壽於受理理賠申請時，將可能因無法進行審核而無法履行保險責任。			
	聲明人(受益人)簽名： _____		法定代理人簽名： _____	
	(醫療保險金受益人為事故者本人)		(受益人為未成年人或受監護宣告人需填寫)	
申請日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (※若未填寫，以本公司受理當日為申請日)				

申請項目		申請理賠給付時應檢附之文件	
醫療給付	實支實付型給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書	3. 診斷證明書 4. 醫療費用收據正本及費用明細表
	日額給付型給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書	3. 診斷證明書
	骨折件給付	1. 團體保險理賠申請書 2. X光片	3. 診斷證明書
癌症給付	初次罹患給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書	3. 診斷證明書 4. 相關檢驗或病理切片報告
	癌症醫療給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書 3. 診斷證明書	● 住院：癌症住院診斷書 ● 手術：癌症外科手術診斷書 ● 門診：癌症門診診斷書 ● 放射線治療：放射線治療診斷書
	身故給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書 3. 診斷證明書	4. 死亡證明書或相驗屍體證明書 5. 除户户籍謄本 6. 受益人身分證明
重大疾病生前給付		1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書	3. 診斷證明書 4. 相關檢驗或病理切片報告
殘廢給付		1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書 3. 診斷證明書	● 意外殘廢：另需檢附意外傷害事故證明文件 ● 截肢或缺損：X光片
身故給付		1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書 3. 死亡證明書或相驗屍體證明書	4. 除户户籍謄本 5. 受益人身分證明 6. 法定繼承人聲明同意書 ● 意外身故：另需檢附意外傷害事故證明文件
職業災害給付	身故給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 勞工保險給付收據影本 3. 死亡證明書或相驗屍體證明書	4. 除户户籍謄本 5. 受益人身分證明
	殘廢給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 勞工保險給付收據影本	3. 殘廢診斷書 4. 意外傷害事故證明文件
	喪失工作能力保險金	1. 團體保險理賠申請書 2. 勞工保險給付收據影本	3. 職業災害證明文件 4. 喪失原有工作能力診斷證明
	所得補償保險金	1. 團體保險理賠申請書 2. 勞工保險給付收據影本	3. 職業災害證明文件

※注意事項：

- 各項保險金給付申請文件，以送達本公司各理賠單位為受理開始。
- 上述應備文件係依保單條款約定，上述未列文件且為理賠審核需要者，將由承辦人員另行通知補全。
- 醫療原因之剖腹產給付，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。
- 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。
- 申請身故件之死亡原因為「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」。
- 為加速理賠調查作業，承辦人員可能會通知補具各機關(醫院)專用「同意調查授權聲明書」(請洽詢各單位行政助理)。倘立書人為事故人/身故受益人之法定代理人時，請另檢附關係證明(如戶口名簿影本等)。
- 申請身故保險金，需由所有受益人簽名。
- 受益人為未滿二十歲且未婚之未成年人時，除本人簽名外，尚須法定代理人簽名。未滿七歲者，得由法定代理人代簽。
- 受益人應簽名者不識字、手部重傷或雙目失明者，得以手印代替並需二位見證人同時於手印旁簽名並註明關係。

◆ 服務人員注意事項：如有因不全而遭退件時，請於收到退件資料後五日內將資料補全完畢，交由行政助理轉送總公司團體保險部。