

# 遠雄人壽保險事業股份有限公司

## 團體保險理賠申請書

申請事項 (Sorts of Insurance)	01 <input type="checkbox"/> 身故給付 (Death Insurance)	02 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷給付 (Severe burns Insurance)
	03 <input type="checkbox"/> 殘廢給付 (Disability Insurance)	04 <input type="checkbox"/> 醫療給付 (Medical Insurance)
(請勾選)	05 <input type="checkbox"/> 其它給付 (Other) _____	

要保單位 (學校名稱) :	事故者身分證號碼 (ID Care No) :
_____	_____
_____	系所: _____ 年級 _____ 班
	(Name of Department)

事故者資料	事故者姓名 (Name of Insured)	出生日期 (Date of Birth)	年 月 日
	事故者聯絡住址 (Correspondence Address)		
	事故者手機 (Call Phone No)	住所聯絡電話 (Tel No) ( )	

事故原因	<b>疾病 (Illness)</b> ◎ 診斷病名： ◎ 是否住院： <input type="checkbox"/> 是 (住院日 ___年___月___日) <input type="checkbox"/> 否 ◎ 是否手術： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (手術名稱： _____ ) 發病始期及求診經過： (Happen & Describe)	<b>意外事故 (Accident)</b> 事故時間： 年 月 日 午 時 (Period of the Accident) 事故地點及經過： (請詳細填寫) (Happen & Describe) ◎ 是否住院： <input type="checkbox"/> 是 (住院日 ___年___月___日) <input type="checkbox"/> 否 ； 是否手術： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 處理憲警： _____ 分局 _____ 派出所 員警姓名： _____ 電話 _____
------	--	---

原因	1. 就診身份： <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 2. 是否向其它保險公司申請理賠？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 保險公司名稱： _____ 3. 是否已痊癒： <input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 門診中 <input type="checkbox"/> 住院中，病房號碼： _____
----	--

◎ 理賠申請檢附文件：詳背面說明

理賠給付方式	1. <input type="checkbox"/> 匯款 (請附上受益人存摺影本辦理，黏貼如下) ※給付明細表 請理賠部交團保部留存及轉寄
--------	--

存摺影本黏貼處(請影本背面浮貼此處)	要保單位(學校)簽章欄 大 小 章
同意書 茲檢具本申請書及相關文件向遠雄人壽保險事業股份有限公司申請理賠給付，本人並同意 貴警分局(派出所、交通隊)、醫院(診所)、醫務人員、保險公司將本人曾經接受過診療之有關病歷、電腦資料或與本案事故有關之筆錄、報告提供予遠雄人壽保險事業股份有限公司調閱、抄錄或影印以為參證之用，本同意書之影本與原本具同等效力。此致各有關單位、人員。	
被保險人/受益人簽章： _____ (立同意書人) 法定代理人： _____ (受益人為未成年人或禁治產人請填) 中華民國 年 月 日	
_____ 要保單位 校長(代表人)	

保險公司理賠部 受理章	保險公司團保部 受理章收件	學校承辦人章： 受理章/記錄欄
----------------	------------------	--------------------

紅框部份請詳實填寫

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 (需收據明細)	1. 團體保險理賠申請書	2. 診斷證明書或住院證明 3. 醫療費用收據及明細單
	日額給付型給付	1. 團體保險理賠申請書	2. 診斷證明書或住院證明
	骨折給付	1. 團體保險理賠申請書	2. 診斷證明書或住院證明 3. X光片
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(初次申請需檢附)	3. 具有診斷及治療癌症設備之醫院所出具之癌症診斷證明書 4. 病理組織報告(初次申請需檢附)
	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(初次申請需檢附) 3. 具有診斷及治療癌症設備之醫院所出具之癌症診斷證明書	
重大傷病		1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書(初次申請需檢附)	3. 重大疾(傷)病診斷證明書 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(附表一) 3. 殘廢診斷書	● 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 ● 本公司得對被保險人的身體予以檢驗, 其費用由本公司負擔
身故給付		1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書(附表一) 3. 死亡診斷書及相驗屍體證明書 4. 學籍資料證明文件 (需用印『學校大小章』, 並蓋承辦人章以證明其資格符合)。 保險公司保留調閱資料權利。	5. 除戶戶籍謄本 6. 受益人身分證明文件、受益人戶籍謄本 7. 法定繼承人聲明同意書(附表二) ● 意外身故: 另需檢附意外傷害事故證明文件

- ◎ 同意調查授權聲明書: 附表一(請向承辦單位索取)
- ◎ 法定繼承人聲明同意書: 附表二(請向承辦單位索取)
- ◎ 保險公司若需要, 將視情況向受益人提出相關文件請求

洽詢單位: 學校辦理保險之單位 (如 衛生保健組或學生事務組等...)

遠雄人壽保險事業股份有限公司  
(附表一) 同意調查授權聲明書

茲要保人 向遠雄人壽保險事業股份有限公司投保人身保險，現因

該公司保險審查業務之需要，由本人 (民國 年 月 日出生)以

- 主契約被保險人  
附約被保險人 (關係 )之身份特為聲明，授權遠雄人壽保險股份有限  
受益人，法定繼承人

公司所指派之人員，以本人之名義向 貴單位調閱或抄錄影印相關資料，尚請

協助為荷，如因此發生任何糾紛，概由本人負責，恐口說無憑，特立此書為證。

本聲明書並同意由遠雄人壽保險事業股份有限公司影印後，逕填入欲查之

機關名稱或個人姓名，以影本交付其收執，此影本亦屬完全有效。

此 致

各有關 醫 務機構或人員  
警

本份影本專致

立同意書人： [簽名並蓋章]

身分證號碼：

病歷號碼：

住 址：

電 話：

保險單號碼：

法定代理人： [簽名並蓋章]

身分證號碼：

中 華 民 國 年 月 日

**遠雄人壽保險事業股份有限公司**  
**(附表二) 法定繼承人聲明同意書**

我等茲以 貴公司 保險第 號契約所記載

- 身故受益人  
 要保人之法定繼承人  有關之權利  
 被保險人之法定繼承人 之身份，聲明同意有本件契約各項  有關之義務  
 身故受益人之法定繼承人  身故保險金

由  辦理承受  
以其個人名義代表吾等，嗣後絕無任何  申請受領

異議；同時聲明並無其他得主張權利之第三人，日後如有任何法律糾紛，概由吾等自行負責，與 貴公司無涉，特此聲明。

此 致

**遠 雄 人 壽 保 險 事 業 股 份 有 限 公 司 台 照**

聲明人姓名： (簽章) 法定代理人： (簽章)  
身分證字號：  
地 址：

聲明人姓名： (簽章) 法定代理人： (簽章)  
身分證字號：  
地 址：

聲明人姓名： (簽章) 法定代理人： (簽章)  
身分證字號：  
地 址：

聲明人姓名： (簽章) 法定代理人： (簽章)  
身分證字號：  
地 址：

聲明人姓名： (簽章) 法定代理人： (簽章)  
身分證字號：  
地 址：

見 證 人： (簽章) 身分證字號：

中 華 民 國 年 月 日

**注意事項：**聲明人需親自簽名蓋章並附身分證影本；如為未成年人需同時由法定代理人親自簽名蓋章並附身分證影本。