宏泰人壽　理賠申請書

3E01

申請項目	□疾病醫療 □癌症醫療 □意外醫療 □疾病身故 □意外身故 □疾病失能 □意外失能 □重大疾病/特定傷病 □特定腦神經退化性疾病(DMA) □失能安養扶助/長期照顧/生活扶助 □豁免保費 □職業災害 □收據給付差額證明 □附約延續(請同時檢附「附約延續申請暨約定書」) □其他_____

請記得勾選欲申請之項目，以便儘速處理(可複選)。

基本資料					
		1101201237 請加填保險證號(保單號碼#保險證號)	事故人	王大明	要保單位
		23456789	出生日期	70 / 12 / 11	
	電子信箱	Wang-daming@yahoo.com.tw 同意以此電子郵件信箱傳送保險金理賠通知書	聯絡電話 行動電話	0912345678 同意以此行動電話傳送理賠的簡訊通知	
	聯絡地址	105 台北市松山區民生東路三段 156 號 4 樓 □同意本次理賠以該聯絡地址寄送保險金理賠通知書			

如係團險案件時，請填寫保單號碼＃保險證號碼，以方便受理

團險理賠件，請填寫要保單位

保險事故				
	事故日期	107 年 02 月 17 日	事故發生經過詳情： 騎摩托車自摔	
	事故時間	■上午 □下午 06 時 分		
	是否報案	□是 ■否	報案日期	年 月 日
	處理單位	縣/市 分局	派出所	
	事故時職業	教師	事故時工作內容	教書

請詳實填寫保險事故日期、發生經過詳情、有無案及警員姓名電話、事故時職業及工作，以便核實處理。

給付方式		
	方式	■匯款（請填下列匯款資料）：□匯入前次理賠帳號 □匯款至法定代理人帳戶 □保險金信託(檢附信託資料) □支票：□由業務員轉交 □寄保單收費地址 □寄本次理賠申請之聯絡地址
	匯款資料	匯款戶名：王大明 ■郵局 □金融機構_____銀行/農漁會/合作社_____分行/分部/分社
	匯款帳號	郵局匯款者，煩先填寫局號再填寫帳號 00214370012787

請記得完整書寫保險金給付方式，以便儘速處理。

壽險業履行個人資料保護法告知義

宏泰人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法第一項及第六條第二項規定，向您告知下列事項，請您詳閱：(二)契約、類似契約或其他法律關係事務(0 六九)。(三)消費者、客戶管理與服務(0 九 0)。(四)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。二、蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、及與事故經過相關的查證個人資料等(包含本件保險契約於申請本次理賠前「例如於投保或申請契約變更時」非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如本申請書及應備文件內容所載。三、個人資料之來源：(一)要保人。(二)您或您的法定代理人、輔助人。(三)各醫療院所。(四)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、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本公司、要保單位、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、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、依據個資法第三條規定，您就本公司保有您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.查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.請求補充或更正。3.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。六、您不提供個人資料所致權益之影響：您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，因此可能遲延或無法提供您相關服務或給付。

本人同意 貴公司基於客戶服務、理賠、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司依主管機關要求之辦理事項及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用等需要，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。

聲明事項

- 申請身故、失能、重大疾病或特定傷病等案件理賠，因保險單遺失，本人聲明保險單作廢，無須補發。
- 被保險人於本公司投保之所有有效保險契約，均視為已依本申請書提出理賠申請，其給付與否將依各保險契約條款約定辦理。
- 本申請書如委由「業務員/保險代理人或保險經紀人」辦理，本人同意委任「送件業務員/保險代理人或保險經紀人」(即受任人)全權代為處理理賠申請事宜，並同意 貴公司將理賠申請相關文件/資訊由受任人轉知予本人。
- 本人聲明對於美國「外國帳戶稅收遵從法案 (FATCA)」及我國「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(以下簡稱 CRS)」身分確認應告知事項已據實告知，如有違反願負相關法律責任，若日後有美國或其他國家之稅務居民身分狀態變更之情事應於變更後 30 日內主動通知 貴公司。
- 未滿二十足歲之保險金受益人，指定匯款至法定代理人帳戶，並於貴公司將款項匯入法定代理人帳戶時，視為已對受益人給付；如有爭議，概由本人負責。
- 本人(事故人/受益人)聲明並確認本申請書所填寫之個人資料及聯絡方式僅供本次理賠申請使用，不提供各項契約變更內容之用，各項保單基本資料如需異動，會另向 貴公司相關部門提出申請。
- 本人(事故人/受益人)聲明並確認保險金給付方式正確無誤，並同意 貴公司依上述指定方式給付後，即已履行保險金給付義務。若有因無法匯款、匯款錯誤、支票無法遞送等原因致 貴公司無法順利付款，遲延責任由本人負擔。
- 本人(事故人/受益人)聲明並同意為確保死亡診斷書或相驗屍體證明書內容之正確性，授權 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統進行查詢比對。

理賠申請暨授權同意調查聲明書

茲因申請宏泰人壽保險股份有限公司（下稱 需要，由立同意書人以事故者（姓名：_____，生日：___/___/___，身分證字號：_____）之□本人□父母□配偶 係：_____）之身分，同意以下授權事項:

授權 貴醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消 署或相關單位，協助宏泰人壽指派之人員索引、查詢（包含以查詢為目的之醫療院所網路掛號系統、電話語音掛號系統之操作或配合醫 事故人名義所為之掛號行為）、問診、調閱抄錄或影印所有就診病歷、或其他與本案事故相關資料（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，立聲明書人同意委由宏泰人壽人員代為填寫，並聲明同意本同意書可由宏泰人壽影印後使用，影印本與正本具同等效力。）

事故人務必親自簽名
申請外幣保單請填寫英文姓名

事故人/受益人簽名：王大明（中文）　Wang,da- ming（申請外幣保單，請填寫英文姓名）

法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(受益人為未成年人或受監護宣告者或受輔助宣告者，請填寫；倘法定代理人非要保人請另檢附關係證明文件)

業務員填寫欄				
	業務員/保險代理人/保險經紀人(受任人簽名)	保經代簽署章	登錄證號碼	其他送件方式 □e 化通(限直營)□自行郵寄 □本人臨櫃 □親友臨櫃代送(原因_____)
	單位代號/名稱		聯絡電話/行動電話	申請日期 / /

收件單 受理欄

其他送件方式者，請其在下列欄位勾選

宏泰人壽

申請各項保險金所需檢附文件一覽表

申請項目 / ※實際應檢附文件仍以各保單條款約定為準 / 應備文件	身故			失能		特定腦神經退化性疾病	長期照顧／安養扶助金	重大疾病／特定傷病	豁免保險費					醫療							重大燒燙傷	職業災害			
	一般疾病身故	癌症身故	意外身故	完全失能	部份失能				疾病身故	意外身故	完全失能	部份失能	重大疾病／癌症	住院醫療日額型	手術醫療	住院實支實付型	意外傷害住院日額	骨折未住院	意外傷害實支實付	癌症住院／初次罹癌		身故	失能	薪資補償	喪失工作能力
理賠申請書	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
同意查詢暨授權聲明書	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
死亡證明書／相驗屍體證明書	●	●	●						●	●												●			
被保險人之除戶戶籍謄本	●	●	●						●	●												●			
保險單或其謄本	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●												
受益人之身份證明、生存證明	●	●	●	●	●	●	●	●									●	●	●	●	●	●	●	●	●
法人/團體受益人身分確認聲明書(受益人為法人或團體時需檢附)	●	●	●																			●			
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																●			●						
病理組織切片報告／相關檢驗報告		●						●					●	●						●					
巴氏量表、臨床失智評分量表(CDR)或其他專業評量表						●	●																		
骨折之X光片或光碟片																		●							
意外傷害事故證明文件			●	●	●					●							●		●		●	●	●	●	●
職業災害證明文件(勞保局核定通知書)																						●	●	●	●
外幣存款帳號證明文件(外幣保單適用)	●	●	●	●																					

申請注意事項：

一、 理賠申請書須由申請人（即受益人）本人親自填妥簽章，如受益人不只一人時，所有受益人均須簽章。

(1)申請人（即受益人）為未滿七歲者，應由其法定代理人代理簽章。

(2)申請人（即受益人）為七～二十歲之限制行為能力時，除本人簽章外，尚須法定代理人簽章。

(3)申請人（即受益人）為受監護或輔助宣告之人時，須由其監護人或輔助人代為簽章，並請檢附法院宣告監護或宣告輔助之裁定書。

(4)須簽名者若不識字、手部重傷或雙目失明而無法簽名者，可以手印代替，但須二位見證人同時簽名見證並載明身分證字號。

(5)須簽名者若為雙手截肢可以蓋章代替，亦須二位見證人同時簽名見證並載明身分證字號。

二、 身故件之死亡原因為解剖鑑定中者，受益人應補載明確定死亡原因之相驗屍體證明書或解剖結果報告。

三、 申請完全失能之被保險人若為受監護宣告尚未撤銷者，請檢附法院宣告監護或宣告輔助裁定。

四、 申請意外身故或完全失能時，為有助於理賠作業，請一併附上「意外傷害事故證明文件」(如警方證明文件)。

五、 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「法定繼承人聲明書」，以便確認受益人人數與給付金額)。

六、 申請與「癌症」有關之理賠（如：重大疾病、癌症醫療、癌症身故、癌症門診、癌症手術、豁免保費），因保險範圍有別於其他醫療給付，必要時得檢附癌症病理切片、病歷或相關檢驗報告以資判讀。

七、 大陸地區之事故其診斷書及病歷資料需經兩岸機構(海基會及海協會)雙方認證，以加速審核處理時間；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)。

八、 同意調閱授權原則上填具本公司同意調查聲明書即可，惟有部分醫院、機關有特殊需求時，將再通知補具單張或該醫院規定格式之同意書。

九、 為確保您的權益，填寫匯款資料時，請務必確實填寫帳戶戶名、金融機構名稱及其分行名稱、帳號，並建請檢附存摺封面影印本。

十、 申請外幣保單時，其保險金給付方式僅能選擇匯款，另須填寫與外幣保單帳戶相同之英文姓名，並請檢附外幣存款帳號之存摺封面影本。

十一、 因主被保險人身故、失能致主契約效力終止時，該保單得按本公司附約延續批註條款約定，申請原附加於主契約且當時仍有效之本人、配偶或子女其附加之附約延續繳費，維持附約效力(詳保單條款內容)。

十二、 依全民健康保險法及全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法之規定，若可歸責保險人未在 15 日內給付保險金所衍生之延滯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。故延滯息單次達 2 萬元~1,000 萬元者，本公司應按規定之補充保費費率扣取補充保險費。

十三、 倘保險契約遭強制執行，且受益人（即債務人）申請之保險金屬強制執行法第 122 條第 2 項規定所稱之「係維持債務人及其共同生活之親屬生活所必須者」，債務人得依強制執行法之規定向法院聲請或聲明異議。

十四、 遵循主管機關為符合身心障礙者權利公約精神修正「保險法」部分條文修正，本公司調整現行商品契約文件之相關用語(如：殘廢用語調整為失能)，但保戶相關契約權益仍維持，不受用詞調整之影響，如有保險金給付或填寫本申請書之任何疑問，請撥客戶服務專線 0800-068-268，或至本公司網站 www.hontai.com.tw 查詢。您亦可掃描右方 QR-code，進入宏泰人壽官方網站查詢各項訊息。

宏泰人壽官網