



※填寫前請先詳閱本申請書背面申請理賠應檢附文件及注意事項，謝謝您。

保單號碼	要保人	主被保險人
事故人	<input type="checkbox"/> 同主被保險人 <input type="checkbox"/> 眷屬附約被保險人 出生日期：_____ 身分證號碼：_____	
	住址：_____ 聯絡電話：_____	
	服務機關：_____ 職位：_____ 工作內容：_____	
	就診身分： <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 全民健康保險	
申請理賠項目	<input type="checkbox"/> 疾病身故保險金 <input type="checkbox"/> 住院日額給付保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病保險金 <input type="checkbox"/> 意外傷害身故保險金 <input type="checkbox"/> 住院醫療保險金 <input type="checkbox"/> 特定傷病保險金 <input type="checkbox"/> 全殘保險金 <input type="checkbox"/> 終身醫療保險金 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 二至十一級殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 意外傷害住院日額給付保險金 <input type="checkbox"/> 愛彌兒豁免保費 <input type="checkbox"/> 全殘扶助保險金 <input type="checkbox"/> 意外傷害醫療保險金 <input type="checkbox"/> 老年住院醫療提前給付 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷保險金 <input type="checkbox"/> 婦女險醫療保險金 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 安寧保險金 <input type="checkbox"/> 防癌險醫療保險金 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
付款方式	<input type="checkbox"/> 支票 (本公司不接受取消禁止背書轉讓及劃線) <input type="checkbox"/> 匯款：(須附存摺影本) _____銀行，_____分行，帳號_____，戶名_____	
	_____郵局，局號/帳號_____，戶名_____	
	_____農會/信合社，_____分社，帳號_____，戶名_____	
事故經過	疾病	意外傷害
	診斷病名：_____ 就診醫院：_____ 電話：_____ 其他就診醫院：_____ 電話：_____ 事故求診經過說明：_____	事故發生時間：_____年_____月_____日_____時_____分 事故發生地點：_____ 事故發生經過說明：_____ 急診醫院：_____ 電話：_____ 事故關係人：_____ 電話：_____ 處理憲警人員：_____ 電話：_____ 處理憲警單位：_____
檢附文件	<input type="checkbox"/> 醫療費用收據 <input type="checkbox"/> 死亡證明書 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本/戶口名簿 <input type="checkbox"/> 病理組織檢查報告 <input type="checkbox"/> 醫療費用明細表 <input type="checkbox"/> 檢察官相驗屍體證明書 <input type="checkbox"/> 除戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 意外事故證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> X光片(骨折件須附) <input type="checkbox"/> 同意調查書_____醫院 <input type="checkbox"/> 存摺影本 <input type="checkbox"/> 殘廢診斷證明書 <input type="checkbox"/> 法院死亡宣告判決書 <input type="checkbox"/> 核磁共振造影掃描MRI <input type="checkbox"/> 保險單 <input type="checkbox"/> 禁治產宣告文件 <input type="checkbox"/> 事故人身分證影本 <input type="checkbox"/> 腦部電腦斷層掃描CT-Scan <input type="checkbox"/> 其他 _____	
同意調查暨聲明書 本人同意 貴醫院(診所)、醫師(醫務人員)、警分局(派出所、交通隊)、法院、檢調機關、保險公司或任何機構，將本人之診療病歷、電腦資料及其他有關之筆錄、報告提供予幸福人壽保險股份有限公司以為參證之用。 * 本同意調查暨聲明書影本效力與正本相同 *		
事故人：	_____ 簽章	受益人手機號碼：_____
受益人：	_____ 簽章	受益人戶籍地址：_____
法定代理人：	_____ 簽章	申請日期：_____年_____月_____日
受來理源	<input type="checkbox"/> 由服務單位送件 <input type="checkbox"/> 非服務單位送件 <input type="checkbox"/> 保戶自行郵寄件 <input type="checkbox"/> 總公司櫃台受理件 <input type="checkbox"/> 團保部送件 <input type="checkbox"/> 銀保經代部送件	
送件營業單位	單位代碼：_____ 單位名稱：_____ 通業訊務處員送簽件章	登錄編號：_____ 身分證號碼：_____ 簽章：_____ 通行訊政處助理簽章
	通處訊經處理簽章	總公司收件章

【理賠申請流程】

當您有保險事故發生時，請立即聯絡您的保單服務人員，或至本公司各營業服務據點，向本公司提出理賠申請，其流程如下：

1. 備妥所需各項理賠申請文件。
2. 聯絡您的保單服務人員，至府上服務；或親送各項理賠申請文件至本公司各營業服務據點，向本公司提出理賠申請。
3. 各營業服務據點受理。
4. 理賠處理：

經審核後符合理賠申請，以電匯或專人送交保險金；審核後不符合理賠申請，以專函或專人通知不給付原因，並退還申請文件

【理賠申請應檢附文件】

申請項目	檢附文件	申請項目	檢附文件	申請項目	檢附文件
疾病死亡保險金申請	a、b、c、i、j、l、k	住院醫療日額給付保險金申請	a、b、c、d、e	重大疾病保險金申請	a、b、c、d、(h、m)
意外死亡保險金申請	a、b、c、i、j、l、o	住院醫療保險金申請	a、b、c、d、f、g	特定傷病保險金申請	a、b、c、d、m
全殘保險金申請	a、b、c、h、i、j	終身醫療保險金申請	a、b、c、d	豁免保費申請	a、b、c、h
2-11 級殘廢保險金申請	a、b、c、h、j	意外傷害住院醫療日額給付保險金申請	a、b、c、d、e	愛彌兒豁免保費申請（要保人身故或殘廢）	a、b、c、(k、l或h)
全殘扶助保險金申請	a、n	意外傷害醫療保險金申請	a、b、c、d、f、g	老年住院醫療提前給付申請	a、b、c、d
重大燒燙傷保險金申請	a、d、i	婦女險醫療保險金申請	a、b、c、d	失蹤死亡保險金申請	a、b、c、i、j、l、p
安寧保險金申請	a、b、c、d、q	防癌醫療保險金申請	a、b、c、d、m		
a. 理賠申請書	f. 醫療費用收據正本	k. 死亡證明書	p. 法院死亡宣告判決書		
b. 同意調查聲明書	g. 費用明細表	l. 除戶戶籍謄本	q. 要保人同意書		
c. 提供資料請求書	h. 殘廢診斷書	m. 病理組織檢查報告			
d. 診斷證明書	i. 保險單	n. 被保險人戶籍謄本			
e. X光片（骨折件須附）	j. 受益人身分證明	o. 相驗屍體證明書			

【被保險人、受益人未成年（含受監護宣告之人）注意事項】

1. 受益人為未滿七歲之未成年人：由其監護人代為申請，理賠申請書上應由監護人簽章。
2. 受益人為已滿七歲之未成年人：由受益人及其監護人共同申請，理賠申請書上由受益人及其監護人共同簽章。
3. 被保險人、受益人為受監護宣告之人時，比照 1、2 辦理。

同意調查聲明書

茲 君（身分證號碼： ）向幸福人壽保險股份有限公司投保保險，現因為 申請保險給付 核保之需要，由本人以該保險契約被保險人 本人受益人（關係： ）之身分，同意幸福人壽保險公司向 貴單位調閱或抄錄有關該員之所有就診病歷及個人電腦資料之查詢且作為理賠審核及核保之用，如幸福人壽保險股份有限公司有逾越授權申請資料之範圍，或將申請之資料作為他用時等上揭情事發生，致他人受有損害者，由幸福人壽保險股份有限公司依法負責。

此致

各相關醫療院所

各級警察機關及檢調單位

（請務必親自簽名及蓋章、未成年者需法定代理人簽章）

立同意書人：

印

（簽名蓋章）

法定代理人：

印

（簽名蓋章）

身分證字號：

地 址：

電 話：

中華民國

年

月

日

提供資料請求書

當事人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證字號/ 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	()	資料項目及範圍				<input type="checkbox"/> 1. 年 月至 年 月就醫資料。(近2年就醫資料) <input type="checkbox"/> 2. 年 月至 年 月投保資料。 <input type="checkbox"/> 3. 其他(例如:醫令明細) _____。 <small>註: 1.授權保險公司申請僅提供上述第1或2項資料 2.囿於本局資料庫容量,上述各項資料僅就主機現有檔案範圍提供。</small>														
使用的目的	壽險理賠		當事人簽名			日期			年 月 日											
紅框內當事人請勿填寫	代理人姓名	性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號													
紅框內當事人請勿填寫	戶籍地址	縣 市	鄉鎮市區	路 街	段 巷 弄	號 樓 室														
紅框內當事人請勿填寫	聯絡地址	縣 市	鄉鎮市區	路 街	段 巷 弄	號 樓 室														
紅框內當事人請勿填寫	聯絡電話	(02)23817172	與本人關係		保險契約		代理人簽名		年 月 日											
紅框內當事人請勿填寫	公司行號	名稱: 幸福人壽保險股份有限公司 負責人姓名:					公司地址: 台北市忠孝西路一段6號8樓 公司電話: (02) 23817172													
紅框內當事人請勿填寫	應附證明文件	1.當事人授權書 2.當事人戶口名簿影本或身分證正反面影本 3.代理人身分證明文件正反面影本 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),向中央健康保險局申請,請求提供 年 月至 年 月之資料(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 需要 請中央健康保險局以掛號副知本人,申請資料費用由代理人支付中央健康保險局。 不需要

授權人姓名: (即保險對象) (請務必親自簽名及蓋章) 授權日期 年 月 日