

保單號碼：						事故人與主被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	
申請項目	醫療類	<input type="checkbox"/> 醫療保險金(但帳戶型醫療暫不申請, 並填寫險種名稱 _____) <input type="checkbox"/> 癌症醫療保險金 <input type="checkbox"/> 生育保險金					
	身故或殘廢類	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 嬰兒重殘 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 殘扶金/殘補金 <input type="checkbox"/> 全殘扶助金 <input type="checkbox"/> 失能(預計上班日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 申請身故或全殘案件：因保險單遺失時，本人聲明保險單作廢(註 4)。				受益人簽章：_____	
	其他類	<input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 <input type="checkbox"/> 豁免保費(含 2-6 級殘廢豁免) <input type="checkbox"/> 教育年金 <input type="checkbox"/> 長期看護 <input type="checkbox"/> 癌症安寧照護 <input type="checkbox"/> 生命末期/生前需求提前給付 <input type="checkbox"/> 老年住院提前給付 <input type="checkbox"/> 其它 _____				<input type="checkbox"/> 申請收據差額給付證明	
事故人基本資料	姓名：	出生日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	身分證號碼：				
	聯絡電話：	行動電話：	E-mail：				
	住所地址	縣/市	鄉/鎮/區/市	村/里	路/街 段 巷 弄 - 號 樓之		
工作地址	<input type="checkbox"/> 同上	縣/市	鄉/鎮/區/市	村/里	路/街 段 巷 弄 - 號 樓之		
保險事故	事故種類	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 其它	就診身分	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	曾就診之醫療院所	就診日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	事故日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 如為車禍事故，請填寫駕車或乘坐車輛之車號：						
	處理單位： _____ 地檢署/ _____ 分局/ _____ 派出所 處理警員姓名： _____ 電話： _____						
請詳述保險事故發生地點、原因、經過情形及診斷(如有媒體報導請提供剪報)							
轉件	<input type="checkbox"/> 台端若為富邦人壽及富邦產物保險股份有限公司(下稱富邦產險)個人傷害險之共同客戶，同意由富邦人壽轉送本次理賠相關資料至富邦產險。同意者請勾選，未勾選者視為不同意。						
匯款	<input type="checkbox"/> 匯款帳戶為 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人的帳戶		戶名 / 身分證號碼		_____ / _____		
支票	金融機構名稱		銀行/郵局		分行/支局		
	金融機構分行代碼		帳號				
*尚有其他受益人且選擇匯款方式給付時，可另填寫「理賠申請書附表-保險金匯款聲明」 *帳號請參照存摺由左而右填寫，如不足 14 碼者，請空白，勿補零。戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。							
原富邦保戶之主契約被保險人身故或全殘時，應另行聲明下列事項，請勾選(註 7)：(若未勾選者，依條款約定，附約即屬終止)							
<input type="checkbox"/> 一、眷屬所附加之防癌險附約 <input type="checkbox"/> 以原條件繼續存在 <input type="checkbox"/> 轉換為防癌主約。 <input type="checkbox"/> 二、眷屬所附加之長年期壽險附約以原條件繼續存在。要保人簽章：_____ (若同時辦理要保人變更，需變更後之要保人簽章)							
<b>同 意 書</b>							
1. 本人同意授權富邦人壽保險股份有限公司(下稱富邦人壽)向有關醫院、診所、醫師、保險公司或警政單位請領、調閱事故人之病歷摘要、檢查數據與報告及其他醫療/事故紀錄資料，本人並同意，為使各項作業順利進行，本同意書之影本與正本具同等效力。 2. 本案若係由保險經紀人公司送件申請，本人同意授權由保險經紀人公司代理簽收保險給付通知書。 3. 本人若為富邦人壽及富邦產險之共同客戶，同意富邦人壽得依個人資料保護法與金融控股公司法及其他相關法令規定，提供本人之基本資料和保險資料予富邦金控集團其他保險子公司理賠參考。惟本人得隨時通知富邦人壽終止此授權。 4. 申請之保單屬投資型保險商品時，同意授權富邦人壽向外匯指定銀行查詢結匯額度並辦理結匯事宜。(結匯額度說明：公司、行號每年為五千萬美元、個人每年為五百萬美元，但未年滿 20 歲者，每次結匯金額以新台幣五十萬元為原則)							
此致 富邦人壽保險股份有限公司							
受益人(立書人)簽章：_____					身分證號碼：_____		
(非身故件的受益人為事故人本人，身故件的受益人為要保人指定的身故受益人)							
法定代理人簽章：_____					身分證號碼：_____		
(受益人為未成年人、受監護或輔助宣告之人時，應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽名同意)							
送件人員(見證人)簽章：_____					身分證號碼：_____		
(本申請書上受益人之簽名，或其身分證影本之真實，均係由本人見證，且本人保證無任何其他虛偽情事)							
單位代碼：_____			送件人員行動電話：_____				

※本申請書請逐項填寫，應備文件及注意事項請參考背面說明。

<b>助理簽章</b>
<b>理賠單位收文章</b>

## 一、申請各項保險給付應檢附文件一覽表：

申請項目	WPA/ WPR		骨 折 津 貼	失 蹤	全 殘 扶 助 金 / 殘 扶 殘 補 金	全 殘	身 故	部 份 殘 廢	重 大 疾 病	意 外 醫 療	日 額 型 住 院 醫 療	手 術 型 醫 療	實 支 實 付 型 住 院 醫 療	豁 免 保 費	2-6 級 殘 廢 豁 免 保 費	癌 症 給 付	癌 症 安 寧 照 護	失 能 險	自 負 額 型 醫 療	生 育 保 險 金
	身 故	殘 廢																		
應備文件																				
理賠申請書 <b>註 1</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
診斷證明書			✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓
正本收據										✓			✓							✓
死亡證明書/死亡宣告 判決/相驗屍體證明書	✓			✓			✓													
被保險人除戶戶籍 謄本	✓			✓			✓													
受益人身分證明	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓												
病理切片報告、 相關檢驗報告									✓								✓			
X 光片			✓																✓	
保險單 <b>註 4</b>	✓	✓		✓		✓	✓		✓											
請假單																			✓	
殘廢診斷書		✓			✓	✓		✓							✓					
醫療費用明細										✓			✓						✓	
社保就醫證明										✓			✓						✓	
出生證明																				✓

- \* 申領復健門診或復健住院或傷殘裝置保險金，需另檢附費用證明文件。
- \* 其他因特殊案件所需未列出之詳細文件內容，悉以保單條款規定為準。
- \* 特殊案件若因為理賠審核之必要而需提供其他資料時，將由理賠承辦人員另行通知，屆時敬請儘速補齊以加速理賠處理時效。
- \* 理賠申請文件及所需檢附之相關文件或理賠服務可至富邦金控官網下載查詢 (<http://www.fubon.com>) 客戶諮詢電話：0809-000-550

## 二、申請注意事項：

註 1、本申請書需詳填各項欄位並由受益人簽名(章)，受益人定義說明如下：

- 申請醫療、重大疾病、殘廢或失能保險金，受益人為事故人本人。
- 申請身故保險金，受益人為要保人指定之身故受益人。

\* 受益人為未滿二十歲且未婚之未成年人時，除本人簽名(章)外，尚須法定代理人簽名(章)。

註：未滿七歲者，應由法定代理人代簽。

\* 受益人為受監護或輔助宣告之人時，請檢附法院監護或輔助宣告裁定書及裁定登記後之監護人或輔助人戶籍謄本，由監護人或輔助人簽名(章)協助申請，受款人仍為受益人本人。

\* 應簽名(章)者不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替並另需二位見證人同時於手印旁邊簽名並註明關係。

\* 對於被保險人身故前發生之應給付醫療保險金，若未指定受益人時，依民法給付對象為被保險人的法定繼承人，需改由法定繼承人簽名(章)，另請檢附「繼承人聲明同意書」及所有法定繼承人的戶籍謄本。

註 2、身故件之死亡原因為「解剖鑑定中」者，受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。

註 3、「失蹤案件」需先向法院辦理死亡宣告後始得憑辦，如認為極可能因意外傷害事故而死亡者，可檢附相關意外證明文件辦理。

註 4、申請身故、全殘等相關理賠致主契約終止時，若保單遺失請於【申請身故或全殘案件：因保險單遺失時，本人聲明保險單作廢。】欄中勾填並簽章。

註 5、申請事故發生於台灣、澎湖、金門、馬祖地區以外時，除檢附原保單條款所列文件之外，請檢附護照影本(含出、入境戳章)等證明文件以確認身分。另請提供海外相關就診之完整病歷，且各項文件需先經駐外單位認證，再送理賠審核，以加速理賠處理時效。

註 6、申請事故發生於台灣、澎湖、金門、馬祖地區以外時，如需檢附付款憑證時，請於空白處註明以現金/支票/刷卡支付之金額各為多少元及支付幣別。

註 7、原富邦保戶之主契約被保險人身故或全殘且有眷屬聲明事項時，應另勾選並簽章。