

# 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	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
保單號碼： (員工姓名：_____)		事故者： 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)		身分證號碼：
事故者資料	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	疾 病		意 外	
	診斷病名： 手術名稱： 發病始期及求診經過：		事故時間： 年 月 日 午 時 事故地點及經過： <span style="color: red;">(請詳細填寫)</span>	
			處理憲警：_____分局_____派出所 員警姓名：_____電話_____	
	就診身份： <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 其它_____		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：_____	
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：_____		曾就診醫院：1. _____ 病歷號碼 _____ 2. _____ 病歷號碼 _____		
檢附文件				
<input type="checkbox"/> 死亡診斷書(或相驗屍體證明書) <input type="checkbox"/> 殘廢診斷書 <input type="checkbox"/> 醫療診斷書 <input type="checkbox"/> 罹患重大疾病證明書 <input type="checkbox"/> 癌症病理切片組織檢驗報告 <input type="checkbox"/> 保險單 <input type="checkbox"/> X光片(或C.T.Scan) <input type="checkbox"/> 醫療費用正本收據 <input type="checkbox"/> 醫療費用明細 <input type="checkbox"/> 被保險人除戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 受益人印鑑證明書(或營利事業登記證影本) <input type="checkbox"/> 被保險人戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 出生證明書正本 <input type="checkbox"/> 同意調查授權聲明書 <input type="checkbox"/> 其他文件				
實填寫	理賠付款項式			
	1. <input type="checkbox"/> 匯款(請附上受益人存摺影本辦理) 2. <input type="checkbox"/> 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) <span style="color: red;">(禁止背書轉讓之劃線支票)</span> <input type="checkbox"/> 其他地址_____			
<b>同 意 書</b>			要 保 單 位 簽 章 欄	
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。			<div style="border: 1px dashed gray; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px dashed gray; width: 60px; height: 60px; margin: 20px auto;"></div>	
受益人：_____ 身分證號碼：_____ (立同意書人)				
法定代理人：_____ 身分證號碼：_____ (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 負 責 人	
送件單位	行政助理收文章	營業處主管簽署	總公司收文章	
服務人員				
身分證號碼				

紅框部  
份請  
詳  
實  
填  
寫