

CHUBB®

理賠申請書(範本)

保單號碼	000011122233XXX	身分證號碼	F101XXX001	任職機構	私立 XX 高中
被保險人	陳安達	出生日期	民國 55 年 01 月 01 日	職務及工作內容	教職
申請險種	<input checked="" type="checkbox"/> 傳統型商品 <input type="checkbox"/> 投資型商品 ※投資型商品理賠申請文件，以送達安達人壽保險股份有限公司台灣分公司受理開始，當日文件需於每日下午 3:00 前送達則視當日為收到申請文件申請之日，逾時則視為次一工作日為收到申請之日。				
申請理賠項目：	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input checked="" type="checkbox"/> 住院醫療 <input type="checkbox"/> 失能扶助保險金 <input type="checkbox"/> 癌症保險金/癌症生活扶助金 <input type="checkbox"/> 重大疾(傷)病保險金 <input type="checkbox"/> 生命末期提前給付* 生命末期提前給付保險金約定佔保險金額之比例 _____ % <input type="checkbox"/> 其他 _____				
聯絡人資料	聯絡人	陳安達	聯絡	新北 縣/市 土城 鄉/鎮/市/區 立德 路/街	
	與本人關係	本人	地址	段 巷 弄 XXX 號 樓 室	
	聯絡電話	0939-XXX-001	E-mail		
是否向其他保險公司申請理賠？ <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是 保險公司名稱： <u>友邦人壽</u>					
理賠給付方式：1. <input type="checkbox"/> 支票：郵寄地址：_____ 2. <input checked="" type="checkbox"/> 匯款：(請附上有受益人帳號、戶名之存摺影本)					
請詳述事情發生經過、送醫情形及當時傷勢：(若事故經過未詳述完畢，請另備紙張繼續書寫)					
處理派出所：_____ 電話：_____ 處理員警：_____					
個人資料蒐集、處理及利用告知書					
<p>英屬百慕達商安達人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：一、蒐集之目的：(一)人身保險(00一)。(二)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：(一)識別類(例如姓名、性別、出生年月日、國籍、住址、電話、身分證統一編號)。(二)特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。(三)病歷、醫療、健康檢查。(四)保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)。(一)要保人、被保人。(二)當事人之法定代理人、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、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、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、財團法人保險犯罪防治中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作推廣保險契約之保險代理人/保險經紀人、與本公司合作辦理銀行保險業務之銀行及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(包括但不限於自動化剖析方式之個人資料處理)。五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之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.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本或檔案。2.向本公司請求補充或更正。3.向本公司請求停止蒐集、處理、限制處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：以書面、電子郵件、傳真等方式(連絡方式詳保險單首頁)。六、台端不提供個人資料所致權益之影響：台端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，因此可能延遲或無法提供 台端相關服務或給付。七、本公司依法令或為強化個人資料管理及保護，將可能隨時修訂本告知書。若本告知書發生任何重大調整，本公司將於提供保戶服務時，或透過其他方式通知 台端。若 台端有任何問題，可透過本公司服務專線 0800-061-988 或金管會 1998 金融服務專線)。</p>					
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書					
<p>本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關人身保險業務之申請及辦理。立同意書人(即被保險人)已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。</p>					
<p>一、本人(受益人/法定代理人/監護人)同意安達人壽得查詢產、壽險公會通報系統之相關內容，以作為理賠申請時之參考。二、依照條款申請理賠時須附原保單者，如未同時附上時，申請人同意聲明原保單申請作廢，其後如發生任何保單爭議，概由申請人自行負責，與 貴分公司無涉。三、為確認本次理賠申請所檢附驗屍證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本人(受益人)同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料 進行比對。</p>					
<p>受益人簽名：<u>陳安達</u> 法定代理人簽名：_____ 出生年月日：_____</p> <p>身分證字號：<u>F101XXX001</u> 與受益人之關係：<u>本人</u></p> <p>國籍：<input checked="" type="checkbox"/>本國 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p style="text-align: right;"><small>(立書人為未成年人/禁治產人/受監護或輔助宣告人時，法定代理人/監護人/輔助人請於此填寫)</small></p>					
聯絡地址： <u>□□□□ 新北市土城區立德路XXX號XX樓</u>					
聯絡電話：(公) _____ 分機：_____ (宅) _____ (行動電話) <u>0939-XXX-001</u>					
申 請 日 期 <u>108</u> 年 <u>07</u> 月 <u>31</u> 日					
送件單位：_____ 送件人員：_____ 送件人聯絡電話：_____					安達人壽受理欄
<p>本分公司理賠應備文件查詢：https://www.chubblife-vul.com.tw/acelifevul/public/claimDoc.do</p> <p>地址：110 台北市信義路五段 8 號 12 樓 電話：02-81611988 客戶服務專線：0800-061-988</p>					

※申請理賠應備文件

身故保險金	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 死亡證明書 4. 除戶戶籍謄本 5. 受益人身分證明 6. 受益人存摺封面影本
失能保險金/ 失能扶助保險金(首次申請)/ 豁免保費	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 失能診斷書 4. 受益人身分證明 5. 若為意外事故，另須意外傷害事故證明文件 6. 受益人存摺封面影本
住院醫療保險金	1. 理賠申請書 2. 診斷證明書 3. 受益人身分證明 4. 受益人存摺封面影本
癌症保險金(原位癌及各項侵襲)/ 侵襲性癌症生活扶助保險金	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 診斷證明書 4. 相關檢驗報告或病理切片報告(初次申請或有手術者) 5. 受益人身分證明 6. 受益人存摺封面影本 ※申請身故/完全失能，需另檢附：1. 要保人身分證明 2. 要保人存摺影本
重大疾病保險金	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 診斷證明書 4. 受益人身分證明 5. 相關檢驗報告、病理切片報告或外科手術證明文件 6. 受益人存摺封面影本
全民守護重大傷病保險金	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 診斷證明書 4. 全民健康保險重大傷病核定通知書 5. 受益人身分證明 6. 受益人存摺封面影本 ※申請身故/完全失能，需另檢附：1. 要保人身分證明 2. 要保人存摺影本
返還年金保單價值準備金 / 保單帳戶價值	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 死亡證明書 4. 除戶戶籍謄本 5. 要保人或其他應得之人的身分證明 6. 要保人存摺封面影本 7. 遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書並附相關應提供文件
重大燒燙傷	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 診斷證明書 4. 受益人身分證明 5. 意外傷害事故證明文件 6. 受益人存摺封面影本
生命末期提前給付	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 教學醫院出具之診斷書及病歷證明 4. 受益人身分證明 5. 受益人存摺封面影本
※ 依申請項目之不同，上述各文件之詳細內容，悉以保單條款之約定為準。特殊案件資料或上述未列者，所需資料由理賠承辦人員另行通知補全。	

※ 配合保險法部分條文修正案之用詞對照內容如下，本分公司既有保戶權益不受用詞調整之影響。

原用詞	新用詞	原用詞	新用詞	原用詞	新用詞
殘廢	失能	殘缺	缺損	精神障礙或其他心智 缺陷，致不能辨識其 行為或欠缺依其辨識 而行為之能力者	受監護宣告尚未撤 銷者
死殘	死亡及失能	殘扶	失能扶助		
全殘	完全失能	殘疾	疾病失能		
腦中風後殘障	腦中風後障礙	傷殘	傷害失能		
殘障	機能障礙	失能	喪失工作能力		

※申請二年以內之死亡件、失能件、慢性病〔如：高血壓、糖尿病、肝硬化、子宮肌瘤、惡性腫瘤...〕等理賠件時，請同時檢附「健保局請求提供資料申請書」、「病歷資料查詢申請書」(簽名並蓋章)及身分證明文件。部分醫療院所調閱就診記錄另有專用表格，若理賠作業需要時，本分公司將另行通知，請儘速補齊以維理賠權益。

※理賠申請日自 2019/1/1(含)起，保戶申請理賠時，若該保險商品為退還保單帳戶價值/保單價值準備金/解約金/年金保證期間未支領年金給付時，除了提供上述應備文件外，需填寫遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書、共同申報準則(國際 CRS)自我證明表及提供相關自我證明文件。要保人、法定繼承人、年金受益人為個人者請填寫**遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書(個人件)**；要保人、法定繼承人、年金受益人為公司/法人者請填寫**遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書(法人件)**。

※自 2019/1/1 起，「安達人壽保戶園地」<https://www.chubblife-vul.com.tw/acelifevul/house/login.do>之『保單資料查詢』新增『理賠進度查詢』項目，要保人可以循此查詢前一天之理賠進度，歡迎多加利用。