

保險金申請書(身故範例)

被保人姓名	王法國		保單號碼	ULDXX34567																													
身分證字號	A123456789																																
連絡電話	09XX345678	e-mail:	事故當時職業\工作內容: 職業駕駛																														
申請項目	<input type="checkbox"/> 申請門診保險金, 附收據、費用明細等共____張 <small>*申請收據恕不返還\正本收據如有其他用途, 可持副本申請</small>		<input checked="" type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 完全失能 <input type="checkbox"/> 2~11級失能 <input type="checkbox"/> 住院、手術 <input type="checkbox"/> 傷害醫療 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 暫時喪失工作能力 <input type="checkbox"/> 防癌、重大疾病/特定傷病、 重大燒燙傷、重大安養 <input type="checkbox"/> 定期給付保險金 <input type="checkbox"/> 其他_____ <small>*註: 保險契約用詞異動說明如第四頁</small>																														
申請事由 (門診免填)	<input checked="" type="checkbox"/> 意外(申請意外請續填事故地點、經過) <input type="checkbox"/> 疾病 1. 事故時間: <u>XXX</u> 年 <u>XX</u> 月 <u>XX</u> 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <u>XX</u> 時 <u>XX</u> 分 <u>自駕小客車於當日早上一號國道北上XX公里處發生自撞車禍翻落坡邊, 送XX醫院急救</u> 2. 本次事由是否向其他公司申請理賠: <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是, 本人同意 貴公司可向下列公司查詢: <u>XX</u> 人壽; <u>XX</u> 產險																																
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同保單通訊地址 (*倘未勾選或填寫, 理賠各式書函/通知/支票, 將郵寄至保單通訊地址) 郵寄 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 地址: <u>XX</u> 縣(市) <u>XX</u> 市(鎮鄉區) <u>XX</u> 路(街) <u>XX</u> 段 <u>XX</u> 巷 <u>XX</u> 弄 <u>XX</u> 號 <u>XX</u> 樓之 <u>XX</u>																																
付款方式 (擇一)	<input type="checkbox"/> 同最近一次理賠帳戶 <input checked="" type="checkbox"/> 匯款至下列銀行帳戶 <input type="checkbox"/> 支票給付 1. 選擇匯款倘若填寫資料有誤或不全造成退匯, 同意直接改以「禁止背書轉讓」支票給付。 2. 受益人不只一人, 若以下不敷填寫, 可改提供每位受益人之帳號封面影本。 <table border="1"><thead><tr><th>戶名</th><th>銀行/郵局</th><th>分行</th><th colspan="4">帳</th><th colspan="4">號</th></tr></thead><tbody><tr><td>王巴黎</td><td>XX</td><td>XX</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></tbody></table>					戶名	銀行/郵局	分行	帳				號				王巴黎	XX	XX	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	2	3	4
戶名	銀行/郵局	分行	帳				號																										
王巴黎	XX	XX	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	2	3	4																	
聲明事項	1. 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事項, 概由申請人自行負責, 與 貴公司無涉。 2. 身故保險金受益人(申請人)同意, 為確認所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性, 貴公司得將前開資料與相關單位之死亡通報系統進行比對。																																
<p>(二擇一)【遵循美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」及金融機構執行共同申報盡職審查作業(CRS)聲明】</p> <p>受益人本人聲明已詳閱法源, 申請書第二頁(合併列印)</p> <p><input type="checkbox"/>本人僅為中華民國稅務居民, 請勾選此處 <input checked="" type="checkbox"/>受益人僅為中華民國稅務居住者, 請勾選此處 <input type="checkbox"/>本人為具有 FATCA 所稱之美國納稅義務人身份或出生地為美國之個人, 或不是或不僅是中華民國稅務居住者, 或為法人, 願意提供 FATCA 及 CRS 身份確認, 同意既聲明書與申報表。(請詳閱第一頁及相關表格)(請詳背面說明)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>本人為具有 FATCA 所稱之美國納稅義務人身份或出生地為美國之個人, 或不是或不僅是中華民國稅務居住者, 或為法人, 請勾選此處</p> <p>立同意書人同意貴公司基於人身保險業務需要, 得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之第二項管理辦法之規定, 蒐集、處理及利用 本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。(包含轉送與 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)(請務必簽名以確認同意並申請本次保險金)</p> <p>(申請人)受益人: _____ (簽名) 法定代理人/監護人簽名: _____ (簽名) 身分證字號: _____</p> <p>王巴黎</p> <p>中華民國 112 年 10 月 01 日</p> <p>(*申請人應親自簽名, 未滿7足歲或受監護宣告者由法定代理人或監護人代其簽名; 7足歲以上之未成年者, 須本人及其法定代理人簽名; 申請人為不識字之成年人或雙目失明者, 得以大拇指指印代替簽名, 且加蓋印章, 並由二位親友簽名見證。)</p>																																	
送件單位填寫 送件通路:	送件人員登錄證字號:	送件人員姓名:	送件人員聯絡電話:	送件通路章 (由保經/代蓋印)	保險公司收文章																												