

保險金申請書(一般範例)

被保人姓名: 王法國, 身分證字號: A123456789, 保單號碼: ULDX34567, 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: 申請門診保險金, 附收據、費用明細等共 張, 身故, 完全失能, 2~11級失能, 住院、手術, 傷害醫療, 豁免保費, 暫時喪失工作能力, 防癌、重大疾病/特定傷病、重大燒燙傷、重大安養, 定期給付保險金, 其他

申請事由: 意外(申請意外請續填事故地點、經過), 疾病, 1. 事故時間: XXX年XX月XX日, 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

聯絡地址: 同保單通訊地址, 地址: XX縣(市) XX市(鎮鄉區) XX路(街) XX段 XX巷 XX弄 XX號 XX樓之XX

付款方式: 同最近一次理賠帳戶, 匯款至下列銀行帳戶, 支票給付, 戶名: 王法國, 銀行/郵局: XX, 分行: XX, 帳號: 2345678901234

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。

【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】, 受益人本人聲明已詳閱法律, 受益人僅為中華民國稅務居住者, 請勾選此處, 本人僅為中華民國稅務居民, 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由申報表故。

送件單位填寫, 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