



保險金申請書(門診範例)

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 申請門診保險金，附收據、費用明細等共 XX 張
 *申請收據恕不返還\正本收據如有其他用途，可持副本申請

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 其他 _____ *註：保險契約用詞異動說明如第四頁

申請事由 (門診免填) 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 上午 下午 XX 時 XX 分
 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

2. 本次事由是否向其他公司申請理賠： 否 是，本人同意 貴公司可向下列公司查詢：XX 人壽；XX 產險

聯絡地址 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

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 (擇一) 同最近一次理賠帳戶 匯款至下列銀行帳戶 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。

戶名	銀行/郵局	分行	帳 號													
王法國	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) 受益人僅為中華民國稅務居住者，請勾選此處 死亡通報系統進行比對。

(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】**
 受益人本人聲明已詳閱法商法國巴黎人壽保戶 FATCA 及 CRS 身份確認同意暨聲明書如本申請書第二頁(合併列印)

本人僅為中華民國稅務居住者，其基本資料：姓名/身分證字號/出生地/居住地址/出生日期，同本次所附證件。(免填第二及三頁)

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

受益人為具有 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

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

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一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)

(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：
王法國

中華民國 109年 07 月 01日

通路章 (由保經/保代蓋印)	通路受理編號：	通路或分行名稱：	保險公司收文章 (由巴黎人壽蓋印)
	理財專員姓名：	電話：() 手機：	
	e-mail：		