



壽險完全失能理賠申請須知

親愛的保戶，您好！

接到您申請完全失能的通知，我們非常關切！謹致上最誠摯的祝福，願您一切平安。附上相關資料以備申請理賠之需。請按本須知填寫相關文件及檢附資料後，寄回本公司，以利迅速審核給付理賠金。非常感謝您的協助，並祝您早日康復！

壹、如何填寫理賠申請書

1、申請項目：

煩請受益人選用保險金申請書之事故原因，勾選 完全失能保險金。

2、被保險人基本資料：

煩請填寫包含姓名、身分證字號、被保險人保單號碼、及本次申請我們可以聯絡您的電話，煩請詳實填寫。

3、申請事由：

* 事故種類：分為：疾病（如為單純疾病治療）；如為傷害所致，勾選意外

為了加速理賠作業，還是務必請將您所知道的部分告訴我們，謝謝！

* 意外發生時間：請註明發生事故的日期、凌晨或上午還是下午、幾點、幾分？

* 地點：請詳細敘明發生之地點（如：XX 鄉XX 村XX 路XX 號前，第XX 號電桿左方X 公尺）內容描述越詳細，本分公司將可有效縮短事故的查證時間。

* 曾就診醫院/診所：請提供本事故發生第一次急診之醫院名稱及後續轉入醫院，以利迅速查明事故，作為審核理賠金之判斷。

* 最初處理事故之派出所名稱、電話、處理員警姓名，如方便請一併附上事故證明文件（如：交通事故證明書、車禍現場圖、起訴書、判決書、等，但必要時本公司得再要求提供更詳盡之資料）；若未報警，可以不必填寫，但請註明。

* 詳述事故經過：本分公司必須透過當事人對於事故內容的完整詳述，方能了解事故經過。因此，您寫的越仔細，本分公司才能加快理賠速度，若有報案或警方證明文件或報章雜誌媒體報導，則可提供剪報或相關資料。若未填寫，本分公司會再連絡您向您確認相關經過，為了避免打擾您的寶貴時間，我們由衷希望您能詳細填寫。

* 本案是否同時向其他保險公司提出理賠申請：否是(本人並同意 貴公司可向下列公司查詢人壽保險；產物保險)。為使理賠順利，如您已向其他保險公司申請理賠且同意本分公司得進行查詢時，將可加速審理之時間。

4、檢附文件：

為了避免郵寄時遺漏或疏忽，而造成審核的缺失，請再自行檢視所附之資料。

另外，如已遺失保單，可依據聲明事項同意聲明原保單作廢，不必另填寫保單遺失切結文件。



5、付款方式：

受益人可選擇匯款或支票兩種給付方式，但實務上常有支票遺失或因受益人不在家，致無法收取掛號郵件，需另行前往郵局領取支票等情事；另外支票需透過銀行交換亦有等待時間，造成受益人無法即時取得，所以本分公司較為建議匯款給付理賠金。

如選擇匯款者，只需正確載明收款人戶名及銀行帳戶資料並檢附存摺影本，本分公司將可更快處理。

如為『外幣保單』，依法令規定各項保險金給付、返還保單帳戶價值總額，應以「原約定外幣為貨幣單位」，因此，請受益人檢附與原投保當時相同幣別/銀行的**外幣存款帳戶**，可減少手續費產生也讓我們可更快將保險金匯入該帳戶。

6、個人資料保護法告知義務：

依據法令，本分公司有義務讓申請人知悉在個人資料保護法下的相關權利義務，因此，才有本欄的個人資料保護法告知義務及後續的履行個人資料保護法告知義務通知書(理賠作業專用)，關於這兩部分您可以不必填寫任何文件或簽名，僅需知悉即可。

7. 聲明事項及申請人(受益人)簽名：

7-1以下欄位，請依實際稅法身分擇一勾選，並請務必簽名確認。

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)

受益人為具有FATCA所稱之美國納稅義務人身分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身份確認同意暨聲明書與申報表格。(並請續填第二頁及相關表格)，請詳背面法商法國巴黎人壽保戶FATCA及CRS身份確認同意暨聲明書(個人)說明。

7-2申請人簽名：

除房貸壽險產品可能另有約定完全失能保險金受益人外，完全失能險保險金之受益人為被保險人本人，僅有在被保險人符合完全失能申請但後身故時，保險金之受益人才會是其他人，煩請知悉，因此請適當之受益人簽名於此處，以便讓保險公司知悉本次理賠金之申請。

若被保險人未成年(即未滿廿歲)，請法定代理人於被保險人簽章後，在「法定代理人簽名」處簽名；若被保險人年幼尚不識字(未滿七歲)，法定代理人簽章即可，但需附法定代理人與被保險人關係證明文件(被保險人身分證影本或戶口名簿影本)，但本公司仍會將理賠金給付予被保險人本人。

8、服務受理編號、送件單位、服務人員：

此欄位僅供銀行或保代填寫，一般理賠申請人，不必填寫。



貳、如何填寫調閱病歷同意書

- 一、請立授權書人寫上姓名於立授權書人欄位內。
- 二、基本資料欄：將被保險人填上姓名/出生年、月、日/身分證字號；如您已知保單號碼也請您一併填入該保單號碼資料。
- 三、與被查詢人之關係為何，請在本人法定代理人繼承人監護人輔助人，勾選適當之身分欄位。
- 四、調閱病歷資料用途：請勾選申請商業保險理賠。
- 五、在被查詢人就診資料查閱範圍：請勾選查詢自 年 月 日往前回溯 年(不得超過5年)之全部門、急診紀錄；另外，也請勾選前開期間內如有在 貴醫院(診所)住院者，另提供期間內各次住院之全部出(住)院病歷摘要，【此部份可由您的承辦人告知您應填寫日期及如何勾選】。
- 六、於立授權書人另聲明同意下列事項：請勾選被授權人得以正式公文檢附本授權書影本向貴醫院(診所)申請查詢，並應於本授權書影本加註「本影本與正本相同，如發生異議，一切由被授權人負完全法律責任。」之文字並加蓋與公文相關之專用圖記作背書者，立授權書人同意該授權書影本與正本具同等效力。
- 七、若立授權人未成年(即未滿廿歲)，請法定代理人於立授權人後簽名蓋章；若立授權人年幼尚不識字(未滿七歲)，法定代理人簽章即可，但需附法定代理人與被保險人關係證明文件(身分證影本或戶口名簿影本)。
- 八、請立授權人在同意書最下面，填上立授權人之姓名並蓋章/身分證字號/地址/連絡電話及填寫申請書的日期。
- 九、被授權人為本分公司，此欄由本分公司自行填寫。

參、如何填寫調查同意書

- 一、請被保險人(即受傷者)簽名蓋章，並填寫出生年、月、日/身分證字號；如您已知保單號碼也請您一併填入該保單號碼資料。
- 二、立同意書人之身分請勾選本人。
- 三、若被保險人未成年(即未滿廿歲)，請法定代理人於被保險人簽章後在「法定代理人簽名」處簽名蓋章；若被保險人年幼尚不識字(未滿七歲)，法定代理人簽章即可，但需附法定代理人與被保險人關係證明文件(身分證影本或戶口名簿影本)。
- 四、請在同意書最下面填上填寫申請書的日期。
- 五、除簽名蓋章、寫上身分證字號與填上日期外，調查同意書上請勿再書寫任何文字。

肆、如何提供「失能診斷證明書」

- 一、事故發生後，請在治療告一段落時，提供一份當時的診斷證明書連同理賠申請書先向本公司報備申請，以利先行作業，加速理賠給付速度。
- 二、請自受傷日當天開始起算，6個月後請提供乙份「失能診斷證明書正本」，或加蓋原醫療院所紅色大章的副本(恕不接受影印本)。



- 三、 另請提供「勞保失能診斷證明書」乙份（正本、副本、影本均可）。
 - 四、 本契約完全失能等級共分為七個項目，與商業傷害保險、勞工保險、農/漁保險失能的項目有所不同，對於您所受到的事故所指的完全失能，需請您詢問本疾病治療的『專科醫師』後才能確定，並煩請您得專科主治醫師開立上述的失能診斷證明書。
 - 五、 失能保險金的受益人為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。
 - 六、 為了您理賠申請之審理迅速，我們建議您可以事先向您的就診醫院複印完整的病歷內容，並準備好相關您已經測試過的檢查報告(如：CT-Scan、MRI、肌電圖、神經傳導測試報告、視力檢查報告、)，以便因醫院公文回覆過簡略無法迅速判斷您的失能程度，而造成延誤，因此，如您能事先提供相關檢驗報告，將會對理賠金審理之速度有重大助益。
 - 七、 完全失能係指下列七種態樣：
 - 1、 雙目均失明者。(註1)
 - 2、 兩上肢腕關節缺失者或兩下肢足踝關節缺失者。
 - 3、 一上肢腕關節及一下肢足踝關節缺失者。
 - 4、 一目失明及一上肢腕關節缺失者或一目失明及一下肢足踝關節缺失者。
 - 5、 永久喪失咀嚼(註2)或言語(註3)之機能者。
 - 6、 四肢機能永久完全喪失者。(註4)
 - 7、 中樞神經系統機能遺存極度障害或胸、腹部臟器機能遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需醫療護理或專人周密照護者。(註5)
- 註1. 失明的認定：
- (1) 視力的測定，依據萬國式視力表，兩眼個別依矯正視力測定之。
 - (2) 失明係指視力永久在萬國式視力表零點零二以下而言。
 - (3) 以自傷害之日起經過六個月的治療為判定原則，但眼球摘出等明顯無法復原之情況，不在此限。
- 註2. 喪失咀嚼之機能係指因器質障害或機能障害，以致不能作咀嚼運動，除流質食物外，不能攝取者。
- 註3. 喪失言語之機能係指後列構成語言之口唇音、齒舌音、口蓋音、喉頭音等之四種語音機能中，有三種以上不能構音者。
- 註4. 所謂機能永久完全喪失係指經六個月以後其機能仍完全喪失者。
- 註5. 因重度神經障害，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助者。
- 伍、如何提供保單
- 請將保單正本寄回本公司（您可以影印存底）。如果保單已遺失或毀損，無法寄回，理賠申請書內的聲明事項部分有同意聲明原保單申請作廢，請在理賠申請書簽名時確認。