

一、申請各項保險給付應檢附文件一覽表：

申請項目	身故	完全失能	完全失能扶助 / 失能扶(補)金	失蹤	部份失能	重大疾病	實支實付醫療	意外醫療	日額型醫療	癌症給付	喪失工作能力險	骨折津貼	生育保險金	職業傷害	職業災害	醫事人員愛滋病保險	
理賠申請書	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
診斷證明書						√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
正本收據							√	√									
死亡證明書/死亡宣告判決 / 相驗屍體證明書	√			√											√	√	
被保險人除戶籍謄本	√			√											√	√	
受益人身分證明	√	√	√	√	√										√	√	
病理切片報告、 相關檢驗報告						√				√							
X光片(碟)											√	√					
保險單	√	√		√		√											
請假單											√						
失能診斷書		√	√		√										√	√	
醫療費用明細							√	√									
社保就醫證明							√	√									
出生證明													√				
勞保給付收據																√	
感染 AIDS 檢驗報告																	√

用詞對照：配合保險法部分條文修正，用詞異動依下表調整。

原用詞	殘廢	死殘	全殘	殘障	殘缺	殘扶	殘疾	傷殘	失能	腦中風後殘障
替代用詞	失能	死亡及失能	完全失能	機能障礙	缺損	失能扶助	疾病失能	傷害失能	喪失工作能力	腦中風後殘廢

*中領復健門診或復健住院或傷害失能裝置保險金，須另檢附費用證明文件。

*其它因特殊案件所須未列出之詳細文件內容，悉以保單條款規定為準。

*特殊案件若因為理賠審核之必要而須提供其它資料時，將由理賠承辦人員另行通知，屆時敬請儘速補齊以加速理賠處理時效。

*申請事故發生於台灣、澎湖、金門、馬祖地區以外時，除檢附原保單條款所列文件之外，請檢附護照影本(含出、入境 戳章)等證明文件以確認身分，並請提供海外相關就診之完整病歷，若為申請身故、失能保險金時，各項文件須先經駐外單位認證，再送理賠作業單位審核，以加速理賠處理時效。

*如為自負額型醫療請檢附自負額證明文件(如健保給付明細)。

*受益人或要保人申領之保險金債權遭法院(或執行機關)扣押時，倘為維持自己及共同生活親屬之生活所必需者，得依強制執行法第 12 條規定，向法院(或執行機關)聲請或聲明異議。

*理賠申請文件及所須檢附之相關文件或理賠服務可至富邦金控官網下載查詢(<http://www.fubon.com>)24 小時保戶服務專線：0809-020-099

二、申請注意事項：

1、申請身故、完全失能等相關理賠致主契約終止時，若保險單遺失請於【因保險單遺失時，本人聲明保險單作廢。】欄中勾填。

2、本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽章，受益人定義說明如下：

a、申請醫療、重大疾病、失能或喪失工作能力保險金，受益人為事故人本人。

b、申請身故保險金，受益人為要保人指定之身故受益人。

* 受益人為未滿二十歲且未婚之未成年人時，除本人簽章外，尚須法定代理人簽章。

註：未滿七歲者，應由法定代理人代簽。

* 受益人為受監護或輔助宣告之人時，請檢附法院監護或輔助宣告裁定書及裁定登記後之監護人或輔助人戶籍謄本，由監護人或輔助人簽章協助申請，受款人仍為受益人本人。

* 應簽章者不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替並另須二位見證人同時於手印旁簽名並註明關係。

* 對於被保險人身故前發生之應給付醫療保險金，若未指定受益人時，依民法給付對象為被保險人的法定繼承人，須改由法定繼承人簽章。另請檢附「繼承人聲明同意書」及所有法定繼承人的戶籍謄本。

3、身故事件之死亡原因為「解剖鑑定中」者，受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。

4、「失蹤事件」須先向法院辦理死亡宣告後始得憑辦。如認為極可能因意外傷害事故而死亡者，可檢附相關意外證明文件辦理。

5、若受益人身分證明檢附戶口名簿時，請向戶政單位申請「現住人口省略記事」之種類即可。

6、申請項目為醫療給付時，請依申請險種條款約定之給付項目，於診斷證明書中詳細記載診斷名稱、入院日期、手術名稱及日期、門診日期及放射線日期等項目。

理賠申請文件郵寄地址如下，如欲親臨本公司辦理，請洽各地服務中心，詳細地址可至富邦金控官網查詢。

※總公司理賠部：台北市信義區東興路 71 號 1 樓電話：(02) 2345-5111 傳真：(02) 6638-5600

※中區理賠科：台中市西屯區文心路二段 107 號 16 樓電話：(04) 2259-0968 傳真：(04) 2258-1096

※南區理賠科：高雄市新興區民族二路 95 號 11 樓電話：(07) 235-3663 傳真：(07) 235-0276

茲因申請富邦人壽保險股份有限公司(下稱富邦人壽)保險給付之需要，

立書人：_____以被保險人_____身分證號碼：
_____（關係為 本人 受益人 法定代理人或監護人）之身分
同意委託富邦人壽向 貴機構/單位索引、查詢、調閱、抄錄或影印本案相關保險事故資
料或被保險人自契約生效日（民國____年____月____日）之前五年內迄本聲明書簽章日
為止，不限科別之特定疾病的相關病歷（病名：_____），
以為參證之處理及利用，本人並同意富邦人壽就本聲明書得影印使用，其影本與正本具相
同效力。

此致

有關醫療機構、警察機關、消防機關、監理機關、海巡機關、或其它相關單位及個人

立書人簽章：_____ 身分證號碼：_____

(如立書人為未成年人或受監護或輔助宣告之人，請由法定代理人、監護人或輔助人簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

電話(或行動電話)號碼：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____

身分證號碼：_____ 國籍：_____ 出生日期：_____

(如立書人為受部分輔助宣告之人，請法定輔助人一併簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

中 華 民 國 年 月 日

親愛的保戶您好，請閱讀下列說明事項

- 一、本聲明書僅供向醫療機構調閱事故人病歷或查證事故紀錄經過之用，不另做其它用途。
- 二、若您此次申請不需藉由查詢病歷評估，本公司將會從速辦理，若經評估本案需要查詢病歷而您未簽名同意時，本公司即須通知業務同仁再次勞煩您簽名，如此將會造成您時間上的不便，也將影響辦理的進度，所以請您於申請理賠的同時再於此頁簽名同意。(部分醫院需要該院的制式表格，可能需要再行簽名，業務同仁將通知您協助)。

您已簽名的部分，本公司將本於誠信及保護您個人資料安全的最高原則下保管及使用，感謝您的協助，富邦人壽敬祝您平安健康。

01069903008

