

理賠申請書

【機密】

申請項目 (請務必勾選)	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 住院醫療 <input type="checkbox"/> 傷害住院 <input type="checkbox"/> 傷害骨折 <input type="checkbox"/> 醫療門診 <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 暫時失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 其他 _____												
被 保 險 人	姓名	生日	身分證字號										
	保單號碼	1. _____ 2. _____ 3. _____	4. _____ 5. _____ 6. _____	職業	公司：	職稱：							
受 益 人	受益人簽名： _____ (蓋章)			聯絡 電話	(公)								
	法定代理人簽名： _____ (蓋章)				(宅)								
	(如受益人未滿 20 足歲且未婚者，請法定代理人加簽)				(手機)								
事 故 發 生 經 過	1*事故經過情形(請於下列格式中詳述 意外 經過) *事故時間：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 _____時_____分 *地點：_____縣(市)_____市(鎮鄉區) _____ *急診及曾經就診醫院：1. (急診醫院) _____ 2. (後續治療醫院 1) _____ 3. (後續治療醫院 2) _____ 4. (後續治療醫院 3) _____ *是否報警處理？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，處理憲警單位：處理員警姓名：_____ 電話：_____ *送醫情形： <input type="checkbox"/> 119 送醫(_____消防分隊)； <input type="checkbox"/> 自行就醫； <input type="checkbox"/> 他人協助(姓名_____聯絡電話_____)												
	2*事故經過情形(請於下列格式中詳述 疾病 經過) *疾病名稱：1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ *初診日期：_____ *初診醫院：_____ *曾經就診醫院：1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____												
檢 附 文 件 (請 勾 選)	*詳述事故經過：(請於空格欄位內填寫) <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>												
	*當時傷勢：_____ *目前狀況：_____ *是否仍於治療中：_____ *歷次門診病名及日期： 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____												
付 款 方 式	1. <input type="checkbox"/> 診斷證明書； <input type="checkbox"/> 醫療費用正本收據，共_____張； <input type="checkbox"/> 醫療費用明細； <input type="checkbox"/> X 光片(或 CT-Scan)； <input type="checkbox"/> 病理切片組織報告及其他檢驗報告； <input type="checkbox"/> 存摺影本； <input type="checkbox"/> 身分證正/反面影本； <input type="checkbox"/> 產程/護理記錄； 2. <input type="checkbox"/> 殘廢診斷書； <input type="checkbox"/> 病歷影本； <input type="checkbox"/> 勞保殘廢診斷證明書 3. <input type="checkbox"/> 死亡證明書(相驗屍體證明書)； <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本； <input type="checkbox"/> 被保險人除戶戶籍謄本； <input type="checkbox"/> 受益人身分證正/反面影本； <input type="checkbox"/> 繼承系統表； <input type="checkbox"/> 保險單； <input type="checkbox"/> 其他文件：(請載明) _____												
	※提醒您：選擇匯款者，倘若戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得逕行改以禁止背書轉讓支票給付。(如檢附存摺影本將更加正確)												
支 票	<input type="checkbox"/> 戶名 _____ 行庫 _____ 分行 _____ 帳號 _____												
	<input type="checkbox"/> 郵寄至保單通訊地址。 <input type="checkbox"/> 交由理專(銀行遞送)(由銀行轉送者可勾選此欄位)。 <input type="checkbox"/> 郵寄至其他地址： 縣(市) _____ 市(鎮鄉區) _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____												
■以下由合作金庫人壽人員填寫						■以下由理專、保經/代 填寫							
審核人員：						送件單位： _____ 分行 _____							
受理日期：						業務員姓名： _____ 聯絡電話： _____							
						受理日期： _____							

申請各項理賠給付應檢附文件

申請項目 應備文件	醫療 門診 型	醫療 住院 日額 型	傷 害 住 院 日 額 型	投資型 年金被 保險人 於遞延 期間內 身故	未支 領之 年金 餘額	暫 時 失 能	重 大 疾 病	重 大 燒 燙 傷	殘 廢	意 外 身 故	疾 病 身 故	癌症 或 SLE	
												首 次 申 請	身 故
保險金申請書	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
診斷證明書正本(需蓋紅色關防)		√	√			√	√	√	√			√	√
詳細殘廢診斷證明書或勞工殘廢 診斷證明書							√	√	√				
病理切片組織檢查或其他相關檢 驗報告		√					√					√	√
受益人證明文件或戶口名簿影本				√	√					√	√		√
被保險人死亡證明書(或相驗屍 體證明書)及除戶戶籍謄本正本				√	√					√	√		√
收據或費用明細表或診斷證明書 正本(需蓋紅色關防)	√												
在職證明與請假證明正本						√							
手術證明書或診斷書記載手術							√						
保險單(要保書)及繼承系統表				√	√					√	√		√

※注意事項：

- 一、 癌症險或 SLE：
 1. 首次申請，需檢附病理檢查報告或相關檢驗報告。
 2. 申請『身故保險金』時，請提出與癌症或 SLE 有關係的死亡證明書。
- 二、 傷害險：申請『骨折未住院保險金』者，煩請提供事故當時之 X 光或於診斷書內記載骨折程度，以利盡速判定。
- 三、 醫療險：
 - 1、申請『手術保險金』，除診斷書外，請另檢附費用明細表或外科手術紀錄單。
 - 2、申請『門診』或『住院前後門診』請於診斷書註明門診日期或於收據上登載疾病名稱，以利審核。
- 四、 殘廢：
 - 1、受益人申領『殘廢保險金』時，本公司得對被保險人的身體予以檢驗，必要時並得經受益人同意調閱被保險人之就醫相關資料，其費用由本公司負擔。
 - 2、若事故人為禁治產人，則由其監護人代為簽名，並應附法院禁治產宣告裁定或含指定監護人之戶籍謄本。
- 五、 國外事故：保戶於國外發生保險事故，須檢附經國外駐外館處驗證之必要文件，併檢附護照影本及就醫詳細病歷影本，將有利理賠處理時效。
- 六、 全殘廢：申請『全殘廢保險金』，若事故人為禁治產人，則由其監護人代為簽名，並應附法院禁治產宣告裁定或含指定監護人之戶籍謄本。
- 七、 意外身故
 1. 死亡原因為「解剖中」者，受益人應補「解剖鑑定結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
 2. 依據刑事訴訟法第 218 條之規定：對於非病死或可疑非病死之人，應向警察機關通報請檢察官進行相驗。
 3. 請依據意外情形，提供交通事故證明書，車禍現場圖，起訴書，報紙報導……等任何一種證明，若未報警或疾病致殘，可以不用提供，但必要時本公司得要求提供更詳盡之其他佐證資料。

※依申請項目之不同，上述各文件之詳細內容，悉以保單條款約定為準，本公司將依所投保險種進行審核。特殊案件或上述未列者，若因審核必要所需其他資料，由承辦人員另行通知補全。

若您對理賠申請方式或應檢附文件有任何疑問，歡迎至合作金庫人壽官網(<http://www.tcb-life.com.tw/>)→保戶服務→理賠服務或電免付費服務專線0800-033-133轉理賠人員，我們將竭誠為您服務。

地址：台北市大安區忠孝東路四段325號10樓(行政及資訊服務部_理賠) 電話：(02)2772-6772傳真：(02)2772-6785

調閱病歷授權書

茲 被保險人_____（民國____年____月____日生，身分證字號：_____）投保合作金庫人壽保險股份有限公司保險契約（保單號碼：_____），今為理賠需要，立同意書人以被保險人（本人父母配偶子女其他_____）之身分，授權合作金庫人壽保險股份有限公司，得派員前往問診醫師或公文函查向 貴院調閱或抄錄有關被保險人在 貴院如所檢附診斷書上所載之相關疾病範圍之病歷資料，敬請將 被保險人下列資料，准予該公司相關人員問診或調閱函詢，以供該公司理賠參考，立同意書人絕無異議，特立此書為憑。

*依保險局(理)字第 09802615163 號函辦理。

- 前五年之住院、門診病歷（即 年 月 日）往前回推。
- 本疾病之住院病歷、急診病歷、護理記錄、檢查報告（例如：病理切片報告或血液、生化、酒測值報告及（非X光片）之急診照片。

此 致

貴 醫 院

立同意書人：_____簽名蓋章

身分證字號：

法定代理人：_____簽名蓋章

（立同意書人未滿 20 足歲且未婚者，需經法定代理人加簽）

身分證字號：

中 華 民 國 年 月 日

調查同意書

茲被保險人_____，出生日期民國 年 月 日，身分證字號：_____），因投保 合作金庫人壽保險股份有限公司保險契約（保單號碼：_____），今為理賠需要，對於 被保險人在民國 年 月 X 日，上/下午 時 分，在_____發生保險事故，案已由 貴單位處理，由立同意書人以 被保險人（本人父母配偶子女其他_____，之身分），授權 合作金庫人壽保險股份有限公司，得函查或派員向 貴單位進行必要之調查求證程序，敬請將被保險人相關資料，准予該公司相關人員詢問或調閱函詢，以俾供該分公司理賠參考，立同意書人絕無異議，並願配合辦理，特立此書為憑。

此 致

本案各該所屬檢察機關、警察機關、監理機關

立同意書人：_____簽名蓋章

身分證字號：_____

法定代理人：_____簽名蓋章

（立同意書人未滿 20 足歲且未婚者，需經法定代理人加簽）

身分證字號：_____

中 華 民 國 年 月 日