


新申請件 續賠件 前次申請日期____年____月____日

保單號碼	被保險人		
申請險種	<input type="checkbox"/> 投資型保單 <input type="checkbox"/> 傳統型保單 <input type="checkbox"/> _____		
	※理賠申請文件以送達第一金人壽總公司為受理開始，每日下午 3:00 前送達則視受理日當日為收到申請文件之日；逾期則視為次一工作日為收到申請文件之日。		
申請項目	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病保險金 <input type="checkbox"/> 醫療保險金 <input type="checkbox"/> 癌症保險金 <input type="checkbox"/> 未支領年金餘額 <input type="checkbox"/> 返還年金保單價值準備金		

事故人詳細資料

姓名	身分證字號			
出生日期	職業與職務			
事故時間	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時 分	事故地點
事故經過 (原因及經過情形)	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外			
就診經過	就診醫療院所	就診身份		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費
	入/出院日期	年 月 日至 年 月 日	是否曾於其他院所就診	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____
意外事故處理單位 (分局/派出所/地檢署)	事故處理承辦人員			
	承辦人員聯絡電話			
事故人是否投保其他保險?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，保險公司名稱：_____			

保險金付款方式（※如因匯款資料錯誤或無法辨識時，本公司得逕改以開立支票處理。）

<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 服務人員轉交 <input type="checkbox"/> 郵寄保單聯絡地址 <input type="checkbox"/> 郵寄至：_____
<input type="checkbox"/> 匯款	戶名：_____ 銀行_____ 分行/帳號_____

受益人/被保險人保險金申請及資料查詢同意書

立同意書人(與事故人關係：_____)因申請第一金人壽保險股份有限公司(以下簡稱第一金人壽)保險金之需要，立同意書人同意 貴醫療院所或相關單位協助並提供第一金人壽指派之人員調閱、抄錄或影印事故人_____ (出生日期：____年____月____日，身分證字號：_____)就診所有病歷、電腦檔案資料或本案事故之相關筆錄、報告等資料以為參證之用。如發生任何異議，全由本立同意書人負責，並聲明本同意書之影本與正本具同等效力。恐口說無憑，特立此書為證。

此致

各有關醫療院所/相關單位

事故人/身故受益人(即立同意書人)簽章：_____ 身分證字號：_____

法定代理人/監護人(關係：_____)簽章：_____ 身分證字號：_____

聯絡地址：_____

聯絡電話：(日)() _____ 分機 _____ (夜)() _____ 分機 _____ (手機) _____

申請日期：_____年____月____日

送件單位：_____ 送件人(見證人)簽章：_____

送件單位受理：_____ 送件人身分證字號：_____

 總
公
司
受
理

申請各項保險金所需檢附文件及注意事項：

一、申請各項保險金所需檢附文件一覽表：（摘要如下，詳請參閱保單條款規定）

申請項目	身故		殘廢保險金	二到十一級殘廢保險金	重大燒燙傷保險金	重大疾病保險金	癌症保險金	未支領年金餘額	返還年金保單價值準備金	意外傷害醫療保險金	急醫療轉送	住院日額（加護燒燙傷急診緊
	疾病身故保險金	意外身故保險金										
檢附文件												
保險金申請書	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
保險單或其謄本	V	V	V					V	V			
死亡證明書	V							V	V			
相驗屍體證明書		V										
殘廢診斷書			V	V								
受益人身分證明	V	V	V					V				
要保人身分證明									V			
醫療診斷書、住院證明						V	V			V		V
重大燒燙傷診斷書					V							
病理組織檢查報告							V					

說明：

- 申請重大疾病保險金時：
 - 醫療診斷書及相關檢驗或病理切片報告。
 - 接受外科手術者，另檢具其外科手術證明文件。
- 申請癌症各項保險金時：
 - 申請「癌症住院醫療保險金」或「癌症住院開刀手術保險金」時，應另檢具醫院出具之癌症住院治療證明書。
 - 申請「癌症住院開刀手術保險金」或「癌症門診手術保險金」時，應另檢具醫院出具之癌症手術醫療證明書。
- 申請傷害保險的身故或殘廢保險金、重大燒燙傷保險金及意外傷害醫療保險金時，本公司得要求提供意外傷害事故證明文件；如有骨折時，診斷書需載明骨折程度（完全骨折、不完全骨折、龜裂）及提供X光片。
- 申請「加護病房或燒燙傷中心日額保險金」時，需列明進、出加護病房或燒燙傷病房之日期；申請「急診醫療保險金」時，需附急診診斷證明文件；申請「緊急醫療轉送保險金」時，需檢附以救護車緊急醫療轉送之證明文件。
- 上述醫療診斷書、住院證明、檢驗及病理切片報告，如要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人出具醫療診斷書及相關檢驗或病理切片報告。
- 各項保險金之申請，請參閱保單條款規定或申請各項保險金所需檢附文件一覽表及注意事項。

注意事項：

- 本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽名 / 蓋章，有關受益人定義說明如下：
 - 申請醫療、重大疾病、癌症或殘廢保險金，受益人為事故人(被保險人)本人。
 - 申請身故保險金，受益人係指保險單所載之身故受益人，身故受益人不只一人時，均須簽名 / 蓋章或各填寫一份。
 - ※受益人為未滿七歲之未成年人，由其法定代理人代為簽名 / 蓋章及法定代理人簽名 / 蓋章。
 - ※受益人為七~二十歲之限制行為能力者，由受益人及其法定代理人簽名 / 蓋章。
 - ※受益人為禁治產人，由其監護人代為簽名 / 蓋章及監護人簽名 / 蓋章。
 - ※應簽章者為不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替，但須二位見證人同時簽名。
 - ※應簽章者為雙手截肢可以蓋章代替，亦須二位見證人同時簽名。
- 受益人身分證明定義:受益人之戶籍謄本及印鑑證明;或受益人身分證正反面影本(若受益人指定為法定繼承人，除身分證正反面影本外，還需檢附受益人之全部戶籍謄本及繼承聲明書，以便確認受益人人數與給付金額)。
- 為加速理賠調查作業，申請各項保險金時請務必完整填寫保險金申請書之「同意書」欄位，倘立同意書人為事故人 / 身故受益人之法定代理人 / 監護人，請檢附關係證明（如戶口名簿影本等）。
- 身故件之死亡原因為「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」。
- 申請全殘之被保險人如為心神喪失或精神耗弱致不能處理自己事務者，請附法院禁治產裁定。
- 申請意外身故 / 殘廢保險金可檢附「意外傷害事故證明文件」、「警方證明文件」、「意外事故報案證明書」或「報章雜誌等媒體剪報」。
- 各式診斷書需為正本，若為影本需經原發證機關加蓋印信關防。(須註明住院、出院、放射線、化學治療之日期及詳細手術名稱。)
- 事故發生於國外或中國大陸地區，意外傷害事故證明文件或死亡等證明書，需我國駐外單位或經授權單位為適當之公證認證程序。故申請各項保險金申請時，應再檢附認證文件。



新申請件 續賠件 前次申請日期____年____月____日

保單號碼	00012345	被保險人	王○揚
申請險種	<input type="checkbox"/> 投資型保單 <input checked="" type="checkbox"/> 傳統型保單 <input type="checkbox"/> _____		
	※理賠申請文件以送達第一金人壽總公司為受理開始，每日下午 3:00 前送達則視受理日當日為收到申請文件之日；逾期則視為次一工作日為收到申請文件之日。		
申請項目	<input checked="" type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病保險金 <input type="checkbox"/> 醫療保險金 <input type="checkbox"/> 癌症保險金 <input type="checkbox"/> 未支領年金餘額 <input type="checkbox"/> 返還年金保單價值準備金		

事故人詳細資料

姓名	王○揚	身分證字號	A1234567XX
出生日期	60/05/10	職業與職務	○○公司一般內勤辦事員
事故時間	98 年 1 月 8 日 <input checked="" type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 9 時 45 分	事故地點	民權東路與建國北路口
事故經過 (原因及經過情形)	<input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 意外 騎摩托車經過十字路口時被闖紅燈的計程車撞倒，被救護車送至長庚醫院急診轉住院。		
就診經過	就診醫療院所	長庚醫院	就診身份 <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費
	入/出院日期	98 年 1 月 8 日至 98 年 1 月 18 日	是否曾於其他院所就診 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____
意外事故處理單位 (分局/派出所/地檢署)	中山分局	事故處理承辦人員	王○鈞
		承辦人員聯絡電話	2501XX45
事故人是否投保其他保險?	<input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是，保險公司名稱：○○人壽/200 萬壽險、500 萬意外險/89.5.15		

保險金付款方式 (※如因匯款資料錯誤或無法辨識時，本公司得逕改以開立支票處理。)

<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 服務人員轉交 <input type="checkbox"/> 郵寄保單聯絡地址 <input type="checkbox"/> 郵寄至：_____
<input checked="" type="checkbox"/> 匯款	戶名： <u>陳○玲</u> <u>第一</u> 銀行 <u>城中</u> 分行/帳號 <u>103-50-582XXX</u>

受益人/被保險人保險金申請及資料查詢同意書

立同意書人(與事故人關係：配偶)因申請第一金人壽保險股份有限公司(以下簡稱第一金人壽)保險金之需要，立同意書人同意 貴醫療院所或相關單位協助並提供第一金人壽指派之人員調閱、抄錄或影印事故人王○揚(出生日期：60年 5 月 10 日，身分證字號：A1234567XX)就診所有病歷、電腦檔案資料或本案事故之相關筆錄、報告等資料以為參證之用。如發生任何異議，全由本立同意書人負責，並聲明本同意書之影本與正本具同等效力。恐口說無憑，特立此書為證。

此致

各有關醫療院所/相關單位

事故人/身故受益人(即立同意書人)簽章：陳○玲 身分證字號：B2436587XX

法定代理人/監護人(關係：_____)簽章：_____ 身分證字號：_____

聯絡地址：台北市信義路○段○○○巷○○號○○樓

送件單位： <u>城中分行</u>	送件人(見證人)簽章： <u>李○英</u>	總公司受理
送件單位受理：	送件人身分證字號： <u>C1357902XX</u>	



立同意書人 陳○玲 因向第一金人壽保險股份有限公司申請保險給付（與
事故人關係：本人 受益人 法定代理人 監護人 其他_____）／投保商業保險之
需要，由立同意書人同意 貴醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢
署或相關單位協助並提供第一金人壽保險股份有限公司指派之人員調閱、抄錄或影印事
故人 王○揚 （60年5月10日生，身分證字號：A1234567XX）就診病
歷、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用，**上述欄位如有空白，授權第一金人
壽保險股份有限公司人員代為填寫**，如發生任何異議，全由本立同意書人負責並聲明
本同意書之影本與正本具同等效力；立同意書人絕無異議，特立此書為證。

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署或相關單位

立同意書人： 陳○玲 簽章
身分證字號： B2436587XX

法定代理人/監護人： 簽章
身份證號碼：

地 址：台北市信義路三段 193 巷 128 號 10 樓

中華民國 98 年 3 月 10 日

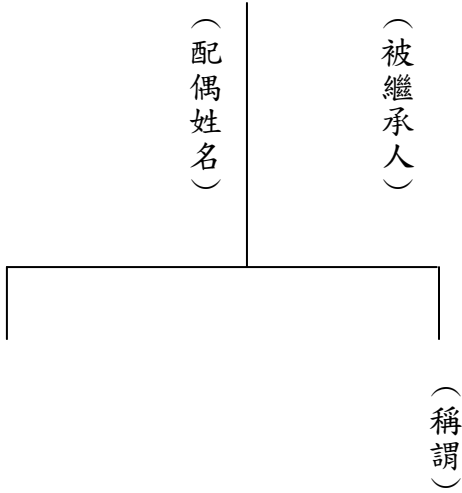
繼承系統表

被繼承人	身 份	姓 名	出 生 日 期	死 亡 日 期
			民國 年 月 日	民國 年 月 日

左列系統表屬實無訛，如有偽報、遺漏或錯誤，致他人受損害時，繼承人願意負損害賠償及有關法律責任。

此 致

第一金人壽保險股份有限公司



(稱謂)

(姓名)

6	5	4	3	2	1	(具表人) 繼承人簽名	印鑑

(繼承人未滿二十歲)

法定代理人簽章

中 華 民 國 年 月 日

填寫範例

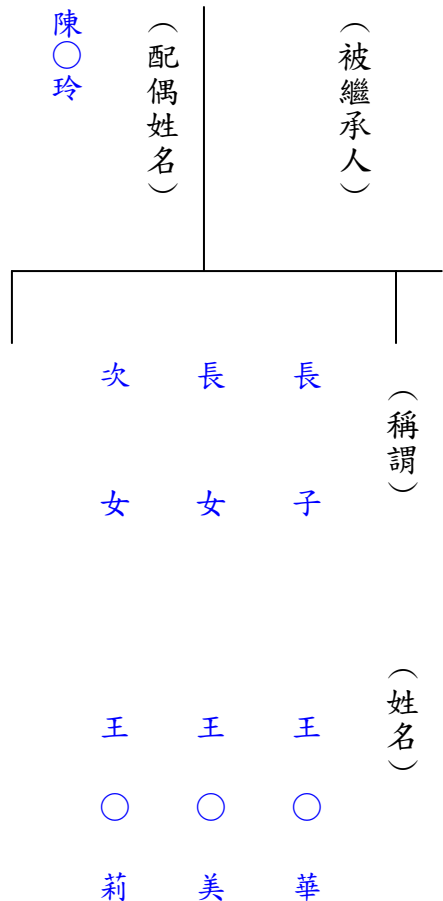
繼承系統表

被繼承人	王○揚	民國60年5月10日	民國98年1月9日
身 份	姓 名	出 生 日 期	死 亡 日 期

左列系統表屬實無訛，如有偽報、遺漏或錯誤，致他人受損害時，繼承人願意負損害賠償及有關法律責任。

此 致

第一金人壽保險股份有限公司



6	5	4	3	2	1	(具表人) 繼承人簽名	印鑑
		王○莉	王○美	王○華	陳○玲		

(繼承人未滿二十歲)
法定代理人簽章

中 華 民 國 九 十 八 年 三 月 三 日