

申請各項保險給付應檢附文件一覽表



注意： 實際應檢附文件仍以各 保單條款為準。	醫療險					殘廢		身故		豁免保費	教育年金	喪葬津貼	生育津貼	長期看護	門診津貼	職災			
	實支實付型	日額、定額型	骨折未住院	癌症醫療	重大、特定疾病	部分殘廢	全殘	疾病身故	意外身故							身故	薪資	喪失工作能力	殘廢
理賠申請書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
受益人的身分證明					◎		◎	◎	◎		◎	◎	◎						
保險單或其謄本							◎	◎	◎										
被保險人除戶籍謄本								◎	◎			◎				◎			
死亡診斷書/相驗屍體證明書								◎	◎	◎	◎	◎				◎			
殘廢/全殘診斷證明書						◎	◎												◎
診斷證明書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎				◎	◎				
醫療費用明細及收據	◎					◎	◎	◎	◎		◎	◎							
病理切片檢驗報告(癌症)				◎	◎			◎		◎									
X光片			◎																
職業災害證明文件 (勞保局核定通知書)																◎	◎	◎	◎

申請注意事項：

- 本申請書須由受益人本人親自填妥並簽名或蓋章，如受益人不只一人時，所有受益人均須簽名或蓋章，受益人定義說明如下：
 - 申請醫療、重大疾病或殘廢保險金時，受益人為事故人本人。
 - 申請身故保險金時，受益人係指保險單所載之身故受益人。
 - 受益人如為未滿七歲之未成年者，則應由其法定代理人代為簽名或蓋章，並得以其法定代理人或監護人之帳戶為匯款帳戶，或開立以其法定代理人或監護人為抬頭之支票。
 - 受益人如已滿七歲，但未滿二十歲之限制行為能力者，由受益人本人及其法定代理人簽名或蓋章並檢附受益人與法定代理人之關係證明；如要求其醫療保險金給付給法定代理人，需經受益人本人同意。
 - 受益人如因精神障礙或其他心智缺陷，致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者，而受法院監護或輔助之宣告時，須由其監護人或輔助人代為簽名或蓋章，並請檢附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。
- 申請意外身故或全殘件時，為有助於理賠作業，請一併附上「意外傷害事故證明文件」(如警方證明文件)。
- 因懷孕分娩合併症而申請理賠時，請檢附「產前檢查記錄單」及「產時護理記錄」等病歷證明。
- 申請於國外發生保險事故時，請檢附護照影本及相關就診之完整病歷資料，以加速理賠處理時效。
- 除上列各項應備文件外，本公司經審核如認為需要其他相關證明文件時，將會另行通知受益人。
- 填寫本申請書如有任何疑問，請撥客戶服務專線 0800-098-889，本公司將有專人竭誠為您服務，謝謝！

※填寫完成後，請連同各項申請文件以掛號寄交本公司各地服務據點。

(原英商保險個人險保戶請寄至 40355 台中市西區五權路 2-107 號 11 樓 保單作業部 收)

地區	地址	電話
台北	10595 台北市敦化北路 122 號 5 樓	個人險 (02) 2716-9938 團體險 (02) 2712-5548
桃園	32041 中壢市中央東路 88 號 20 樓	(03) 427-1157
新竹	30051 新竹市中正路 158 號 5 樓之 2	(03) 528-4101
台中	40355 台中市西區五權路 2 之 107 號 8 樓	(04) 2376-2866
嘉義	60048 嘉義市民生北路 241 號 6 樓	(05) 223-2092
台南	71084 台南市永康區中華路 1 之 97 號 15 樓	(06) 313-3957
高雄	80043 高雄市新興區民權一路 251 號 21 樓	(07) 226-6251
花蓮	97053 花蓮市林森路 210-6 號	(03) 834-5240

同 意 書

茲因向中國人壽保險股份有限公司（下稱中國人壽）申請保險給付投保商業保險之需要，立同意書人（與被保險人關係：本人受益人法定代理人監護人輔助人其他_____）同意並委託中國人壽之職員向 貴醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位，索引、查詢(含配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為)、調閱、抄錄、影印被保險人_____（生日：____年____月____日、身分證號碼：_____）自契約生效日：____年____月____日前五年內迄本同意書“簽章日”為止之就診且不限科別之相關病歷（病名：_____）、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，立同意書人同意委由中國人壽職員代為填寫，並聲明：「立同意書人同意並委託中國人壽就本同意書為影印使用且本同意書之影本與正本具同等效力。」

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位

立同意書人簽章：_____身分證號碼：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____身分證號碼：_____

（如立同意書人為未滿七歲之未成年人或受監護宣告者，應由其法定代理人或監護人代為簽章，若為七歲以上未滿二十歲之未成年人或受輔助宣告者，除本人簽章外，並須由其法定代理人或輔助人簽章）

聯絡地址：_____

聯絡電話：（ ）_____ 行動電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

1. 醫療法第 71 條規定：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔。」
2. 衛生署 96 年 3 月 27 日衛署醫字第 0960012310 號函釋，調閱病歷同意書規格不拘，醫療機構或保險公司提供與病患填寫使用者，均無不可。
3. 中華民國醫師公會全國聯合會 96 年 9 月 13 日(96)全醫聯字第 1716 號函釋，調閱病歷如使用影本，可加蓋與正本相同圖章後使用。