

凱基人壽理賠申請書

※本申請書所填寫之個人資料及聯絡方式僅供本次理賠申請使用，各項保單基本資料如需異動請另行向本公司提出申請。

保單號碼	<input type="checkbox"/> 個險 (可填多張) <input checked="" type="checkbox"/> 團險 (可填多張)																
事故人/被保險人姓名	李大仁	事故人/被保險人身分證字號	Y123456789	事故人/被保險人出生日期	60 / 1 / 1												
※ 申請團體保險理賠請一併填寫以下欄位																	
投保員工姓名	李大仁	投保員工身分證字號	Y123456789	投保員工出生日期	60/1/1	與被保險人關係	本人										
申請項目	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 教育年金 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 特定傷病 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input checked="" type="checkbox"/> 一般醫療 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 長期照護 <input type="checkbox"/> 其他																
※ 理賠申請所需文件及相關注意事項，敬請參閱背面說明。																	
意外事故詳情說明	事故日期：113/1/22 事故地點：板新捷運站 是否報案： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 報案警局：	事故時職業：銀行員 報案日期：/ / 承辦員警： 聯絡電話：	事故經過說明：113.1.22上午7:00左右，於捷運環狀線板新站出口，因路面高低差跌倒，造成左腳骨折。														
保險金給付方式	<input checked="" type="checkbox"/> 匯款：帳戶係 <input checked="" type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人/監護人/輔助人所有 <input type="checkbox"/> 同前次理賠申請帳戶 戶名：李大仁 帳號請參照存摺，由左至右填寫(含科目、檢查碼)或提供存摺影本 銀行/農會/信用合作社/漁會/郵局： <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table> 分行(請參照存摺)					0	0	3	0	0	2	1	2	3	4	5	6
0	0	3	0	0	2	1	2	3	4	5	6						
提醒您：1. 請依存摺號碼由左至右填寫，空格不補0。 2. 郵局帳號請先填寫局號再填帳號；帳號為七位數字，局號及七位帳號(含檢號)共十四位數字。 3. 若受益人只一人時，可檢附匯款帳號資料影本(如存摺影本)。 4. 若匯款帳號有誤或不全，本公司將照會補全，可能延誤給付時效，敬請詳填匯款資料。 5. 外幣保單須填寫與外幣帳戶相同的英文姓名，並需檢附外幣存款帳號之證明文件影本。																	
要保人(團體保險請加蓋單位章)	※個人資料保護、美國「外國帳戶稅收遵從法案(FATCA)」及臺灣「金融機構執行共同申報及盡職調查作業辦法」聲明暨同意事項 <input checked="" type="checkbox"/> 本人(受益人/事故人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療紀錄及病歷個人資料。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人(受益人/事故人)同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人(受益人/事故人)聲明已收受、審閱、知悉並瞭解「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」之全部內容(如理賠申請書第二頁所示)。 <input checked="" type="checkbox"/> 若申請項目為身故保險金時，為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本人(受益人)同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人聲明並確認本申請書資料填寫正確無誤，並同意 貴公司依上述指定方式匯款或交付支票後，即視為已履行保險金給付義務。若有因匯款帳戶填寫錯誤、變更、撤銷等原因致貴公司無法順利付款，遲延責任概由本人負擔，與 貴公司無涉。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人聲明已知悉給付具有保單現金價值且非屬排除帳戶，應遵循美國「外國帳戶稅收遵從法案(FATCA)」及臺灣「金融機構執行共同申報及盡職調查作業辦法」之規定，配合 貴公司通知填寫「FATCA及CRS客戶自我聲明書暨個人資料同意書」。 <input type="checkbox"/> 本人欲申領身故/完全失能保險金，如保險單已遺失(或毀損)，故聲明作廢，日後如該保險單遭他人冒用或其他原因損及 貴公司權益，或涉及金錢、法律及其他糾紛時，概由本人負全部責任。(同意者請勾選，未勾選者視為不同意)																
送件單位填寫欄																	
登錄證字號：																	
姓名：																	
聯絡電話：																	
單位/代號：																	
保經代公司送件，請填寫完整經代號(數字及英文字母)																	
銀行證券理專送件，請填寫銀行/證券名稱及分行/分公司名稱																	
凱基人壽受理欄	受益人/事故人 簽章：李大仁 身分證字號：Y123456789 法定代理人/監護人/輔助人 簽章： 身分證字號： (受益人為未成年人、受監護或輔助宣告時，應由法定代理人/監護人/輔助人簽章)																
理賠聯絡地址：	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
聯絡電話：	() - 行動電話：0912345678																
理賠號碼 (本欄位由櫃檯受理人員填寫)	※請填寫行動電話者，本公司於理賠受理及結案時將以簡訊通知。 ※為確保您的權益，上開欄位請務必詳填完整。 ※如受益人不只一人時，均須簽名並註明身分證字號、聯絡地址。 中華民國 113 年 1 月 25 日																

