英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司

保險理賠給付申請書

【中信送件專用】

保單號碼：	◎被保險人：	◎身分證統一編號：
◎出生年月日：　　年　　月　　日		* 事故時職業內容：

◎申請種類	□身故　□實支實付醫療　□癌症　□返還年金保單價值準備金/保單帳戶價值 □失能　□住院日額醫療　□重大疾病 / 重疾豁免保費 □喪失工作能力保險 / 喪失工作能力豁免保費　□生命尊嚴保險金_____萬元 □其他_____　※理賠應備文件及注意事項請參另頁之說明。

* 事故日期：　　年　　月　　日　　時	* 事故之具體地點、經過及就醫情形：
* 員警單位：　　派出所	
* 員警姓名：	

【◎為必填欄位；因意外傷害事故申請理賠者，就 * 號標示之項目請務必逐一載明！】

◎付款方式【電匯】

金融機構名稱	分行名稱	帳　　號	戶名（限受益人本人或其法定代理人之帳戶）
中國信託銀行（822）			

茲依保單條款之約定提出保險金申請，本人(受益人)並聲明同意下列事項：

一、本人(受益人)同意 貴公司因理賠審核之需要得查詢保險業通報作業資訊系統與相關保險公司，並以上述付款方式給付保險金。

二、病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項：被保險人同意　貴公司得依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定，就被保險人個人病歷、醫療及健康檢查等資料進行蒐集、處理及利用，並於確定或履行 貴公司與被保險人間之保險契約義務特定目的之必要範圍內為之(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，詳細告知事項如保險金申請書第二頁所載。

三、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。(倘受益人未具配偶或親屬身分，應請被保險人之配偶或親屬另行填寫聲明書授權同意進行資料比對。)

◎受　益　人：_____ 簽章　◎身分證統一編號：_____

法定代理人：_____ 簽章　身分證統一編號：_____

受益人之關係：_____

法定代理人國籍：_____ 生日：____年____月____日（立書人為未成年人/禁治產人/受監護或輔助宣告人時，法定代理人/監護人/輔助人請於此填寫）

聯絡地址：□□□ _____

聯絡電話：（公）_____ 分機：_____ （宅）_____ （行動電話）_____

申　請　日　期　　年　　月　　日

保經公司/保代簽章		代收區號：	送件日期：	保險公司友邦人壽受理欄	
		送件人姓名：			
		登錄證字號：			

投資型保險之理賠申請因涉及贖回作業，以每一工作日 15 時前送達本公司理賠中心當日開始受理，逾期則以次一工作日為受理日。

本公司地址:(10669)台北市大安區敦化南路二段 333 號 17 樓 、客戶服務專線 0800-012-666　手機另撥(02)7756-1888

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司
蒐集、處理及利用個人資料告知事項

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的（參照法務部頒佈之「個資法之特定目的及個人資料之類別」）：

(一) 人身保險業務(001)	(八) 契約、類似契約或其他法律關係事務(069)
(二) 外匯業務(022)	(九) 消費者、客戶管理與服務(090)
(三) 行銷(040)	(十) 鄉鎮市調解(124)
(四) 法院執行業務(055)	(十一) 網路購物及其他電子商務服務(148)
(五) 金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(059)	(十二) 調查、統計與研究分析(157)
(六) 金融爭議處理業務(060)	(十三) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)
(七) 非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(063)	

二、蒐集之個人資料類別（參照法務部頒佈之「個資法之特定目的及個人資料之類別」）：

(一) 辨識個人者。例如：姓名、職稱、地址、電話、電子郵件帳號等(C001)	(十一) 職業(C038)
(二) 辨識財務者。例如：金融機構帳號、信用卡號、保單號碼等(C002)	(十二) 意外或其他事故及有關情形。例如：意外事件之主體、損害或傷害之性質、當事人及證人等(C040)
(三) 政府資料中之辨識者。例如：身分證字號或護照號碼或居留證號等(C003)	(十三) 收入、所得、資產與投資(C081)
(四) 個人描述。例如：年齡、性別、出生年月日、國籍等(C011)	(十四) 負債與支出(C082)
(五) 身體描述。例如：身高、體重、血型等(C012)	(十五) 貸款(C084)
(六) 習慣。例如：抽煙、喝酒等(C013)	(十六) 保險細節(C088)
(七) 家庭情形。例如：結婚有無、配偶姓名、子女人數等(C021)	(十七) 社會保險給付、就養給付及其他退休給付(C089)
(八) 家庭其他成員之細節。例如：子女、受扶養人、父母等(C023)	(十八) 健康紀錄。例如：醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙種類、等級等(C111)
(九) 財產。例如：所有或具其他權利之動產或不動產等(C032)	
(十) 生活格調。例如：個人或家庭的消費模式等(C036)	

三、個人資料之來源（個人資料非由受告知人提供之間接蒐集情形適用）：

(一) 要保人
(二) 受告知人之法定代理人、輔助人
(三) 各醫療院所
(四) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：

(一) 期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
(二) 對象：本公司、本公司所屬最終控股公司（友邦保險控股有限公司）及其附屬公司或分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司合作推廣 台端保險契約之保險代理人/保險經紀人(含兼營保險代理人/保險經紀人業務之銀行)、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、犯罪防制機構。
(三) 地區：上述對象所在之地區。
(四) 方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有　台端之個人資料得行使之權利及方式：

(一) 得向本公司行使之權利：
1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
2. 向本公司請求補充或更正。
3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二) 行使權利之方式：致電本公司客服專線：0800-012-666 或寄發電子郵件至 tw.customer@aia.com。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由受告知人提供之直接蒐集情形適用）：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能遲延或無法提供台端相關服務或給付。

編號：CLMA001　　版本：2022 年 10 月

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司

CRS 自我證明表（客戶為個人適用）

親愛的客戶您好，因您向本分公司辦理申請相關保險金，為遵循「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法」（CRS）之規範，須請您回答以下詢問事項。

本人（下稱「帳戶持有人」）具「中華民國」及「美國」以外之國家或地區的稅務居民身份？

✔ **以下欄位請務必擇一勾選**

☐ 本人除「中華民國」及「美國」以外，**不具**「其他國家或地區的稅務居民身份」
勾選此欄位者，以下第一部分及第二部分資料不需要填寫

☐ 本人除「中華民國」及「美國」以外，**具有**「其他國家或地區的稅務居民身份」
勾選此欄位者，請以英文續填以下第一部分及第二部分資料：

第一部分：身分辨識資料

姓名	
現行居住地址	(Suite, Floor, Building, Street, District(if any) (有室、樓層、大樓、街道、地區等)
	(Town/City/Province/County/State) (鎮、市、省、縣、州等)
	Country/Jurisdiction 國家/地區
	Post Code/ZIP Code (if any) 郵政編碼/郵遞區號(如有)
出生地	Town or City of Birth 出生城市
	Country/Jurisdiction 出生國家/地區

第二部分：稅籍資料

稅務居住者之國家/地區	稅務識別碼	若無法提供稅務識別碼，填寫理由 A、B 或 C（註）

註： 理由 A－稅務居住者之國家/地區未核發稅務識別碼

理由 B－無法取得稅務識別碼(請同時於該欄位說明帳戶持有人無法取得稅務識別碼原因)

理由 C－毋須提供稅務識別碼(限於該帳戶持有人為稅務居住者之國家/地區國內法未要求蒐集稅務識別碼)

第三部分：聲明及簽署

1. 本人知悉，本表所含資訊、相關帳戶持有人及任何應申報帳戶資訊，將可能提供中華民國稅捐稽徵機關，經由政府間協定進行稅務目的金融帳戶資訊交換，提供帳戶持有人為稅務居住者之國家/地區稅捐稽徵機關。
2. 本人證明，與本表相關之所有帳戶，本人為帳戶持有人(或本人業經帳戶持有人授權簽署本表)。
3. 本人聲明，就本人所知所信，於本自我證明所為之陳述均為正確且完整，並同意以本人於貴公司最後簽署日期之內容為帳戶資訊申報。

本人承諾，如狀態變動致影響本表第一部分所述之個人稅務居住者身分，或所載資料不正確或不完整，本人會通知貴公司，並在狀態變動後30日內提供貴公司一份經適當更新之自我證明表。

受益人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

※除身故保險金外，其他被保險受益人為被保險人本人。未滿七足歲或受監護宣告尚未撤銷者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名 ；七足歲(含)以上且未成年者，由本人及法定代理人簽名。

保單號碼：_____ 簽署日期：_____年_____月_____日

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司

※申請理賠應備文件：

□ 身故保險金	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 死亡證明書或相驗屍體證明書 4. 除戶戶籍謄本 5. 受益人身分證明
□ 失能保險金	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 失能診斷書 4. 受益人身分證明 5. 若為意外事故，另須意外傷害事故證明文件
□ 實支實付醫療險	1. 理賠申請書 2. 診斷證明書 3. 醫療費用收據 4. 受益人身分證明
□ 住院醫療險日額型	1. 理賠申請書 2. 診斷證明書 3. 受益人身分證明
□ 癌症險	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 診斷證明書 4. 相關檢驗報告或病理切片報告（初次申請或有手術者） 5. 受益人身分證明
□ 重大疾病 / 重大疾病豁免保費	1. 理賠申請書 2. 保險單（重大疾病） 3. 診斷證明書 4. 相關檢驗報告、病理切片報告或外科手術證明文件 5. 受益人身分證明
□ 喪失工作能力保險 / 喪失工作能力豁免保費	1. 理賠申請書 2. 診斷證明書
□ 提前給付保險金/生命尊嚴保險金	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 要保人的同意書 4.「專科醫師」所出具的診斷書 5. 足以診斷病情之各項檢查報告
□ 返還年金保單價值準備金 / 保單帳戶價值	1. 理賠申請書 2. 保險單 3. 死亡證明書 4.要保人或其他應得之人的身分證明 5. 除戶戶籍謄本 6. 美國海外帳戶 FATCA 身分聲明書並附相關應提供文件
備註：1. 以上理賠應備文件為原則性列舉供參，詳請依所投保保單條款之具體約定為準。 2. 特殊案件若因理賠審核之必需而需提供其它資料時，將由理賠人員另行通知，屆時請儘速補齊以加速處理時效。	

※ 申請理賠注意事項：

1. 受益人為七歲以下之無行為能力人或禁治產人 / 受監護宣告人，理賠給付申請書由法定代理人代為簽章；受益人為七歲以上且未成年之限制行為能力人 / 受輔助宣告人，則須受益人及法定代理人簽章。
2. 受益人若因受監護宣告尚未撤銷者，應檢附已為禁治產或監護宣告之法院裁定並由法定代理人代理申請之。
3. **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。**
4. 身故件之死亡原因為「解剖鑑定中」者，受益人應提供「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
5. 受益人身分證明，例如戶籍謄本；如受益人為外國人，可以護照或其他文件証明。
6. 保險事故發生於台澎金馬以外之海外地區者，中國大陸之事故證明文書應取得海基會之認證；其他海外地區之事故證明文書則應由我國台灣駐外機構認證；另請一併檢附護照出入境資料影本及相關就診之完整英文病歷資料，以加速處理時效。
7. 各式醫療診斷證明書及收據應以提出正本為原則，倘為影本須經原發證院所或機構加蓋印信註明與正本相符。
8. 因「骨折」申請理賠者，除檢附診斷證明書外，並請檢附 X 光片以確認骨折之具體程度及其部位。
9. 申領各項失能、喪失工作能力或喪失工作能力豁免保費之保險金時，本公司得對被保險人的身體予以檢驗，其一切費用由本公司負擔。
10. 所稱「足以診斷病情之各項檢查報告」指核子醫學檢查報告、病理組織檢查報告、血液生化檢查報告、電腦斷層檢查報告、內視鏡檢查報告或本公司要求之其他檢查報告。
11. 附加於主約之各類附約，非主契約要保人終止契約時，所附加附約之效力，請詳各該主、附約保單條款及本公司「附約延續批註條款」之約定。
12. 為符合身心障礙者權利公約精神，並配合保險法部分條文之修正，相關用語修正如下：「失能」取代「殘廢」；「死亡及失能」取代「死殘」；「完全失能」取代「全殘」；「腦中風後障礙」取代「腦中風後殘障」；「機能障礙」取代 「殘障」；「缺損」取代「殘缺」；「失能扶助」取代「殘扶」；「疾病失能」取代「殘疾」；「傷害失能」取代「傷殘」；「喪失工作能力」取代「失能」，；「受監護宣告尚未撤銷者」取代「精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者」，惟前述調整不影響商品實質給付內容及相關權利義務。

※ 若您對理賠申請程序或應檢附文件有任何疑問，歡迎與業務員聯繫或致電免付費服務專線：0800-012-666

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司

同 意 查 詢 暨 授 權 聲 明 書

茲因向**英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司**(下稱**友邦人壽**) □申請保險給付□投保商業保險之需要，立同意書人_____（與事故人關係：□本人□受益人□法定代理人□監護人□輔助人□其他_____）同意並委託友邦人壽指派之人員向　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事故人名義所為之掛號行為)、調閱、抄錄、影印事故人_____（民國(以下同)_____年_____月_____日生，身分證統一編號：_____）自契約生效日_____年_____月_____日起前五年內至本同意書”簽署日”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友邦人壽人員代為填寫，並聲明：立同意書人同意並委託友邦人壽就本同意查詢暨授權聲明書為影印使用且本查詢聲明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

立聲明書人簽章：_____（蓋章）身分證統一編號　：_____

法定代理人簽章：_____ (蓋章) 身分證統一編號　：_____
(或監護人/輔助人)　(立聲明書人為未成年者或受監護宣告者或受輔助宣告者時，請簽署)

中　華　民　國　　年　　月　　日

備註：

1. 本聲明書僅供向各醫療院所調閱病歷及向警察機關、消防（救護）機關、法院、檢察署、保險公司、產壽險公會等單位查証事故經過之用，不另做其他用途。
2. 部份醫院或單位需檢附該院制式同意書及相關文件，理賠案件受理後若有需要將有專人與您連絡處理相關事宜。
3. 立聲明書人非被保險人本人或為法定代理人時，請檢附關係證明。(如：戶籍謄本、戶口名簿)
4. 立聲明書人若曾更改姓名或身分證統一編號者，請檢附戶籍謄本。