



簽收單編號:

個人保險理賠申請書

住 A火險 B竊盜 C颱風洪水 綜 F旅遊不便險 P個人保險 G團體保險
宅 D地震 E責任 合 L責任險 H其他 人身 1意外醫療 2一般疾病 3癌症
保險 4意外身故 5意外失能

團險要保單位, *事故發生地點, *被保險人, *事故人, *事故人電話通訊地址, 警方處理單位, 是否投保其它保險公司保險, *請詳述事故發生經過

警方處理單位 分局 派出所/交通隊 處理警員: 電話

是否投保其它保險公司保險: 否 是, 如是請告知:

*請詳述事故發生經過(請據實填寫, 以免影響理賠權益): 工作中發生 是 否, 工作內容:

*付款 支票 委託代領票人 電話 領票地-富邦產物 總公司/ 分公司
*方式 匯款(請附存摺影本) 匯入前次(二年內)理賠帳號 帳戶為 1受益人 2受益人之法定代理人的帳戶
戶名/身分證號 郵局 金融機構名稱: 銀行 分行(支庫)
金融機構名稱代號 匯款帳號

理賠申請告知注意事項 本公司僅會蒐集因上述事項與事故經過相關的查證等業務所必要之個人資料, 該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定執行業務之期間內被處理或利用...

特種個人資訊同意事項 富邦產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)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, 關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為之蒐集、處理及利用...

*立同意書人 即被保險人/受益人簽章: 法定代理人 監護人/輔助人簽章: 要保單位大小章 (申請團險時使用)
*送件人員(見證人)簽章: 行動電話: 員工編號: 單位:
(本申請書上受益人之簽名, 或其身分證影本之真實, 均係由本人見證, 且本人保證無任何其它虛偽情事)

賠案號碼 理賠 接日 案期 人員 跨售窗 口專用 日期 人員

理賠經辦：

電話：_____

收件日： 年 月 日

簽收文件	申請項目 應備資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		醫療費用	失能	身故	責任險	住宅火險	住火第三人	旅行綜合險(備註)
	理賠申請書	V	V	V	V	V	V	V
	保單或投保憑證影本	V	V	V	V			
	事故證明	V	V	V	V	火災證明		V
	診斷證明書正本	V	V	V				
	醫療費用收據正本	實支件						
	病理切片報告/檢驗報告	癌症件						
	X光片(碟)	骨折件						
	受益人之身分證明	V	V	V	V			
	除戶戶口名簿謄本			V				
	法定繼承人聲明書			V				
	繼承系統表			V				
	死亡證明書			V				
	存摺影印本	V	V	V	V			V
	費用單據				V			
	和解書及體傷或財損相關資				V		V	
	損失清單				V	V		行李, 票證
	修復估價單					V		
	建物所有權狀或房屋稅單					V		
	其他：							

備註：旅遊綜合險所需理賠相關文件請參考保單條款所載內容

送件人：

電話：_____ # _____

_____年____月____日

申請注意事項：

1. 醫療費用及失能保險金，受益人為被保險人本人。
2. 若賠款賠付受益人之法定代理人的帳戶，請提供受益人與法定代理人之 **關係證明** 及 **匯款同意書**。
3. 受益人為未滿七歲，應由法定代理人代簽申請書。
4. 受益人為未滿二十歲且未婚之未成年人，除本人簽章外，尚須法定代理人簽章。
5. 如有需要，本公司得向被保險人要求另行提供必要資料。

富邦產物保險各區郵寄申請地址

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 台北市 客服一部 10487 台北市中山區遼寧街179號7樓 | 電話：(02)6636-7890 # 58865 |
| <input type="checkbox"/> 新北市 客服二部 22041 新北市板橋區文化路一段 266 號 3 樓 | 電話：(02)6620-0068 # 123 |
| <input type="checkbox"/> 基宜花 東區客服 26550 宜蘭縣羅東鎮公正路 197 號 3 樓 | 電話：(03)905-5066 # 502 |
| <input type="checkbox"/> 桃竹苗 桃苗客服 33042 桃園市桃園區三民路三段 245-1 號 4 樓 | 電話：(03)262-2688 # 123 |
| <input type="checkbox"/> 中彰投 中區客服 40357 台中市西區柳川西路二段 196 號 11 樓 | 電話：(04)3608-0001 # 280 |
| <input type="checkbox"/> 雲嘉南 嘉南客服 70054 台南市中西區民生路二段 279 號 11 樓 | 電話：(06)600-6880 # 123 |
| <input type="checkbox"/> 高鳳屏 高屏客服 80048 高雄市新興區民族二路 95 號 12 樓 | 電話：(07)969-8998 # 123 |

臨櫃辦理 或 **其他申請地點** 請洽免付費專線 **0800-009-888**

收件人：_____

同意查詢聲明書

茲因申請富邦產物保險股份有限公司(下稱富邦產險)保險給付之需要，

立書人：_____以被保險人：_____身分證號碼：

_____ (關係為 本人 受益人 法定代理人或監護人) 之身分同意
委託富邦產險向 貴機構/單位索引、查詢、調閱、抄錄或影印被保險人自契約生效日：

民國_____年_____月_____日之前五年內迄本聲明書簽章日為止，不限科別之特定疾

病的相關病歷(病名：_____)或本案保險事故資料，
以為參證之處理及利用，本人並同意富邦產險就本聲明書得影印使用，其影本與正本
具相同效力。

此致

有關醫療機構、警察機關、消防機關、監理機關、海巡機關、或其它相關單位及個人

立書人簽章：_____身分證號碼：_____

電話(或行動電話)號碼：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____身分證號碼：_____

(如立書人為未成年人或受監護或輔助宣告之人，請法定代理人、監護人或輔助人一併簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

中 華 民 國 年 月 日

親愛的保戶您好，請閱讀下列說明事項

- 一、本聲明書僅供向醫療機構調閱事故人病歷或查證事故紀錄經過之用，不另做其它用途。
 - 二、若您此次申請不需藉由查詢病歷評估，本公司將會從速辦理，若經評估本案需要查詢病歷而您未簽名同意時，本公司即須通知業務同仁再次勞煩您簽名，如此將會造成您時間上的不便，也將影響辦理的進度，所以請您於申請理賠的同時再於此頁簽名同意。(部分醫院需要該院的制式表格，可能需要再行簽名，業務同仁將通知您協助)。
- 您已簽名的部分，本公司將本於誠信及保護您個人資料安全的最高原則下保管及使用，感謝您的協助，富邦產險敬祝您平安健康。