



英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司  
個人保險金申請書

CLM No. :

被保險人姓名		身分證號碼	
事故種類	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外	申請項目	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 <input type="checkbox"/> 身故/完全失能 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 其他：_____
意外 事故 說明	事故發生時間： 年 月 日		事故地點： 是否報案： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	處理單位： _____ 警局/地檢署		處理人員： _____ 員警電話： _____
	事故詳情： _____		
受益人 給付 方式 與 聯絡 資料	* 為確保您的權益，填寫匯款資料時，請務必確實填寫戶名、金融機構名稱、分行名稱及帳號。戶名、帳號有誤或不全，將改以禁止背書轉讓支票給付。 * 受益人為未成年人，除給付醫療保險金外，本公司不受理匯入受益人法定代理人帳戶之申請；依前述約定匯入受益人法定代理人之帳戶後，即已完成保險契約所定給付義務，受益人不得再向本公司請求給付醫療保險金。		
	給付方式	<input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 同上次申辦理賠業務所提供之帳戶 <input type="checkbox"/> 支票(本項支付方式不適用於外幣保單保險給付)	
	匯款對象	<input type="checkbox"/> 受益人本人 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人-身分證統一編號 _____	
	戶名	帳號	<input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> _____ 銀行 _____ 分行/支局 帳號： _____ (請檢附存摺封面影印本)
	聯絡地址 (必填欄位)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	手機號碼 /電話號碼 _____ ※若您未申請本公司電子通知單，除身故及未符給付條件之申請件將採書面另函通知外，其餘申請均會發送各項理賠給付通知至本申請書上所載之手機號碼。
支票 寄送方式	<input type="checkbox"/> 由業務員轉交 <input type="checkbox"/> 郵寄聯絡地址 <input type="checkbox"/> 同保單收費地址 <input type="checkbox"/> 其他地址： _____		
<p>病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書： 本人(被保險人/受益人)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，就被保險人的個人病歷、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。 若申請項目為身故保險金時，為確認本次理賠申請所附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本人(受益人)同意 貴公司將上述資料與相關單位之死亡通報系統進行資料比對。</p> <p>委任事項：本人同意委任下列「送件業務員」(即受任人)代為轉送本次理賠申請事宜，並同意 貴公司將理賠相關通知由下列受任人轉知予本人。</p>			
受益人 簽章	被保險人簽名/受益人簽名： _____		★ 請務必簽名
	(除身故保險金外，其他保險金受益人為被保險人本人)		
	法定代理人/監護人/輔助人簽名： _____ 國籍： _____ 生日： _____ 年 月 日 (受益人為未成年人者或受監護宣告者或受輔助宣告者時簽署，請一併填寫國籍與生日欄位) 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
送件業務員姓名/登錄證號： _____ / _____		聯絡電話/單位： _____ / _____	受理日期
※業務員應親晤受益人/事故人本人，並確實見證本申請書由其簽章。			

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司臺灣分公司  
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](mailto: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。

# 申請各項保險給付應檢附文件一覽表

申請項目	保險金申請書	C R S 自我證明表	診斷證明書	醫療費用收據或明細表	骨折 x 光片	病理切片檢驗報告或檢驗報告	失能證明書	死亡證明書	大眾運輸工具搭乘證明書	相驗屍體證明書	意外傷害事故證明文件	被保險人除戶戶籍謄本	受益人戶籍謄本或身分證明	保險單或其謄本	貸款餘額證明或清償證明(7)
醫療保險金															
定額(日額)給付型住院醫療	✓	✓	✓												
實支實付給付型住院醫療	✓	✓	✓	✓											
意外傷害住院日額/骨折未住院	✓	✓	✓		✓						✓				
意外傷害實支實付型	✓	✓	✓	✓							✓				
身故保險金															
疾病身故	✓	✓						✓				✓	✓	✓	✓
意外身故	✓	✓							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
失能保險金															
疾病完全失能	✓	✓					✓							✓	
意外失能/重大傷害失能/失能扶助保險金	✓	✓					✓			✓					
重大疾病保險/特定傷病保險/初次罹患癌症保險	✓	✓	✓			✓									
重大燒燙傷	✓	✓	✓							✓					
大眾運輸傷害賠償保險(身故或失能)	✓	✓					✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
豁免保費	✓	✓	✓												
失蹤/意外失蹤	✓	✓						✓		✓	✓	✓	✓	✓	

\* 特殊案件若需其他必要資料作為理賠審核之參考時，將由理賠承辦人員另行通知，屆時敬請協助提供以加速理賠時效(例如：因須查詢相關單位資料，會請保戶另行填寫同意查詢暨授權聲明書)。

## 申請注意事項：

- 本申請書須由受益人親自填妥簽名/蓋章，各項欄位受益人簽名/蓋章，有關受益人定義說明如下：
  - 申請醫療、重大/特定疾病、重大燒燙傷或失能保險金，受益人為事故人本人。
  - 申請身故保險金，受益人不只一人時，所有受益人均須簽名/蓋章。如受益人係未滿七歲之未成年人或為受監護或輔助宣告之人，應由其法定代理人/監護人或輔助人代為簽名/蓋章。如受益人為七歲以上且未成年之限制行為能力者，應由受益人本人及其法定代理人簽名/蓋章。被保險人身故時，如有應給付予被保險人之各項保險金尚未給付或未完全給付，而條款無特別規定時，即應依民法規定給付予被保險人的法定繼承人，故需改由法定繼承人簽章，另請檢附『繼承系統表』及所有法定繼承人之戶籍謄本。
  - 應簽章者如為不識字、手部重傷或雙目失明者，可以指印代替，但須二位見證人同時簽名。
- 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」。
- 受益人倘為受監護或輔助宣告之人，應檢附法院監護或輔助宣告裁定書及受監護或輔助宣告人之戶籍謄本，由監護人或輔助人簽章協助申請，受益人本人仍為受款人。
- 依『友邦人壽附約延續批註條款』(以下簡稱本批註條款)約定，經本公司指定之附約(詳本批註條款之附表)，若其主契約因本批註條款第二條約定之情形而終止時，而本附約原保險期間尚未屆滿，要保人得繼續繳交本附約之保險費，以延續本附約之效力。
- 申請事故發生於台灣、澎湖、金門及馬祖地區以外時，除檢附原保單條款所列文件外，請一併檢附護照影本(含出、入境戳章)等證明文件，另請提供海外相關就診之完整病歷及經駐外單位認證之相關文件，中國大陸之事故證明文書應取得海基會之認證。
- 受益人或要保人申領之保險金及相關給付遭法院(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。
- 依「友邦人壽債權債務範圍內受益人指定批註條款」約定申請身故保險金時，應提出貸款餘額證明或貸款清償證明，以便核定應支付給貸款銀行之理賠給付金額。
- 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。

※填寫完成後，請連同本申請書及各項申請文件以掛號寄至本公司：10669 台北市大安區敦化南路二段 333 號 17 樓 理賠服務部。

若您對理賠申請程序或應檢附文件有任何疑問，歡迎致電本公司免付費服務專線 0800-012666

# 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) (室、樓層、大樓、街道、地區等(如有))
	( 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

- 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。
- 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)。
- 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