

【富邦-傷害險理賠須知】

若發生意外，申請理賠資料需準備

1. 診書 斷療填寫 意供 賠款 摺存 身影 證本 正 據 害 查 料 件 意 本 (因 款 項 是 用 匯 款 的)
2. 醫 填 同 提 理 賠 存 身 影 證 申 請 書 (反 面 影 本)
3. 正 據 害 查 料 件 意 本 (請 書 單)
4. 診 書 斷 療 寫 意 供 賠 款 摺 存 身 影 證 申 請 書 (反 面 影 本)
5. 醫 填 同 提 理 賠 存 身 影 證 申 請 書 (反 面 影 本)
6. 診 書 斷 療 寫 意 供 賠 款 摺 存 身 影 證 申 請 書 (反 面 影 本)
7. 醫 填 同 提 理 賠 存 身 影 證 申 請 書 (反 面 影 本)
8. 診 書 斷 療 寫 意 供 賠 款 摺 存 身 影 證 申 請 書 (反 面 影 本)
9. 醫 填 同 提 理 賠 存 身 影 證 申 請 書 (反 面 影 本)
10. 診 書 斷 療 寫 意 供 賠 款 摺 存 身 影 證 申 請 書 (反 面 影 本)

請在蓋章處
圈起來即可

★ 蓋 個 章。

若 為 車 禍 事 故 則 需 再 檢 附 事 故 三 聯 單


富邦產險


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 意外殘廢

團險要保單位	*事故發生地點: <input type="checkbox"/> 同標的物地址 使用性質: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣/市 鄉/鎮/市/區 <input type="checkbox"/> 海外	
*事故發生	年 月 日 時 分	
*被保險人 (團險員工本人)	出生 年 月 日 *身份證號	就診身份 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費
*事 故 人 (附加被保險人)	出生 年 月 日 *身份證號	與被保險人關係
*事 故 人 電 話	(公) * (宅) *手機:	FAX:
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣/市 鄉/鎮/市/區 E-mail:	
*委託申請人	身份證號	與事故者關係 電話
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: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 工作內容:		
*付款 <input type="checkbox"/> 支票 委託代領票人 _____ 電話 _____ 領票地-富邦產物 <input type="checkbox"/> 總公司/ _____ 分公司		
*方式 <input type="checkbox"/> 匯款(請附存摺影本) 帳戶為 <input type="checkbox"/> 1 受益人 <input type="checkbox"/> 2 受益人之法定代理人的帳戶		
戶名/身份證號 <input type="checkbox"/> 郵局		
<input type="checkbox"/> 同事故人 _____ / _____ <input type="checkbox"/> 金融機構名稱: _____ 銀行 _____ 分行(支庫)		
金融機構名稱代號	<input type="text"/>	匯款帳號 <input type="text"/>
蒐集、處理及利用保戶個人資料告知書 (本告知作業係依「個人資料保護法」第8條第1項規定辦理)		
富邦產物保險股份有限公司(下稱本公司)辦理您的理賠申請而蒐集、處理或利用您的病歷、醫療或與事故經過相關的查證等資料, 均為評估理賠義務之履行、辦理再保險或風險評估等執行保險業務目的之用。		
本公司僅會蒐集因上述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。您的個人資料除了基於海外急難救助服務、再保險業務或委外業務執行的需要會在我國境外處理及利用外, 僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內供公司及上傳產壽險公會建立查詢系統, 本公司的委外廠商、保險事業發展中心、金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用。		
本公司保有您的個人資料時, 您可以至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複本。若您的個人資料有誤或記載不完全, 您可以書面通知補充或更正, 但依法您應為適當的理由說明; 若尚有其他疑義時, 您也可以書面通知本公司停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料。本公司基於上述原因而須蒐集、處理或利用您的個人資料時, 若您選擇不同意或是提供之個人資料不完全, 本公司將可能無法進行必要之審核及處理作業, 因此遲延或無法提供對您的服務或給付。		
*被保險人(受益人)簽章:	身分證號碼: _____	要保單位大小章: (申請團險時使用)
行動電話:	本人僅以此同意書同意上列事項並申領保險給付、確認相關資料正確無誤(非身故件受益人為事本人, 身故件受益人為指定的身故受益人)	
法定代理人簽章:	身分證號碼: _____	
(受益人為未成年人、受監護或輔助宣告之人時, 應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽名同意)		
*送件人員(見證人)簽章:	身分證號碼: _____	
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) 中華民國 年 月 日		
賠案號碼:	理賠:	接案日期/人員: _____ / _____

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

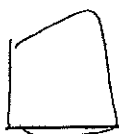
之特定疾病的相關病歷 (病名：_____) 或本案保

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。

0-Y00X0010-0



親愛的客戶，您好：

本公司（富邦產物保險股份有限公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第八條規定，應告知下列事項，敬請 台端詳閱：

一、蒐集目的：

- (一)依保險法令規定辦理之財產保險相關業務。
- (二)其他合於營業登記項目或章程所定之業務。

二、類別：包括但不限於姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。

三、利用之期間、地區、對象及方式：

(一)期間：

個人資料蒐集之特定目的存續期間、提供金融商品或服務之契約期間或本公司執行業務所必須之保存期間、依相關法令就資料之保存所訂保存年限。

(二)地區：

- 1.中華民國境內。
- 2.因辦理財產保險相關業務需要之第三方所在境外地區。

(三)對象：

- 1.本公司、與本公司簽訂合作推廣契約之保險代理人/保險經紀人、因辦理財產保險相關業務需要之第三方。
- 2.財團法人保險事業發展中心、產/壽險同業公會、關貿組織、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金，及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。
- 3.配合提供予依法令執行之公務機關。

(四)方式：

- 1.電子文件、紙本或其他合於當時科技之適當方式。
- 2.符合個資法第 20 條規定之利用。

四、依據個資法第三條規定，台端就本人之個人資料得行使下列權利：

- (一)得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本，而本公司依法得酌收必要成本費用。
- (二)得向本公司請求補充或更正，惟依法台端應為適當之釋明。
- (三)得向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除，惟依法本公司因執行業務所必需者，得不依台端請求為之。

五、本公司基於上述原因而需蒐集、處理或利用台端之個人資料時，台端可自由選擇是否提供，唯若選擇不提供或是提供不完全時，基於健全產險業務之執行，本公司將可能無法提供完善之服務。

六、經 貴公司告知上開事項，本人已清楚瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人資料之目的及用途。

【註】：上開告知事項已公告於本公司官網（www.fubon.com）個人資料告知事項專區，或可撥打本公司 0800009888 客服專線查詢

要保人/被保險人（受告知人）：_____（簽章）

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

0-Y00X0020-0



賠款同意書

一、被保險人 投保 貴公司 保險，
 於 年 月 日 發生保險事故，已向 貴公司申請理賠在案（賠案
 編號：），今本人（公司）同意 貴公司將本案理賠
 款項計新台幣 萬 仟 佰 拾 元 整，直
 接撥付 具領，恐口說無憑，特立此同意書。

二、賠款給付方式：

- 支票
- 匯款（請務必附上帳戶存摺影本）

受款人戶名		身份證字號 (營利事業統一編號)	
<input type="checkbox"/> 活期儲蓄存款帳號	銀行 (郵局、農會)		分行 (支局)
<input type="checkbox"/> 支票存款帳號			
<input type="checkbox"/> 活期存款帳號			
聯絡電話	通訊地址		

此 致

富邦產物保險股份有限公司

被保險人/受益人:

(簽名蓋章)

身份證字號/統一編號:

法定代理人:

(簽名蓋章)

身份證字號:

通訊地址:

聯絡電話:

中 華 民 國 年 月 日

提供資料請求書

(表格正面)

當事人姓名		性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號										
戶籍地址	縣 鄉鎮 路 市 市區 街					段 巷 弄 號 樓 室									
聯絡地址	縣 鄉鎮 路 市 市區 街					段 巷 弄 號 樓 室									
聯絡電話	()		資料項目及範圍		<input type="checkbox"/> 1. 年 月至 年 月就醫資料。 <input type="checkbox"/> 2. 投保資料(擇一勾選): <input type="checkbox"/> 目前在保資料、 <input type="checkbox"/> 全部。 <input type="checkbox"/> 3. 其他(例如: 醫令明細) _____。 <small>註: 1. 授權保險公司申請僅提供上述第1或2項資料。 2. 囿於本局資料庫容量, 上述各項資料僅就主機現有檔案範圍提供。</small>										
使用目的			當事人簽名		日期	年 月 日									
代理人姓名		性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號										
戶籍地址	縣 鄉鎮 路 市 市區 街					段 巷 弄 號 樓 室									
聯絡地址	縣 鄉鎮 路 市 市區 街					段 巷 弄 號 樓 室									
聯絡電話	()		與本人關係		代理人簽名		申請日期	年 月 日							
公司行號	名稱: 富邦產物 負責人姓名: 陳燦煌				公司地址: 台北市建國南路一段237號 公司電話: 02-27067890										
應附證明文件	1. 當事人授權書 2. 當事人戶口名簿影本或身分證正反面影本 3. 代理人身分證明文件正反面影本 4. 其他 _____														

當事人授權書

本人茲因 (事由) 之需要, 同意由代理人 (與本人關係:), 向行政院衛生署中央健康保險局申請, 請求提供 年 月至 年 月之資料(如申請書所勾選之資料項目及範圍), 且作為 之用(如: 壽險理賠)。如代理人有逾越授權申請資料之範圍, 或將申請之資料作為它用時, 由代理人依法負責。

授權人(即保險對象)姓名

(親自簽章) 授權日期 年 月 日

賠案號碼：_____ 經辦人：_____ 電話：_____

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	殘廢	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	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	保單或投保憑證影本	✓	✓	✓	✓			
	事故證明	✓	✓	✓	✓	火災證明		✓
	診斷證明書正本	✓	✓	✓				
	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	✓	✓	✓	✓			
	除戶戶口名簿謄本			✓				
	法定繼承人聲明書			✓				
	繼承系統表			✓				
	死亡證明書			✓				
	存摺影印本	✓	✓	✓	✓			✓
	費用單據				✓			
	和解書及體傷或財損相關資料				✓		✓	
	損失清單				✓	✓		行李,票證
	修復估價單					✓		
	建物所有權狀或房屋稅單					✓		
	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. 醫療費用及殘廢保險金，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

- 台北市 客服一部:10657 台北市大安區建國南路一段 237 號 電話:(02)2706-7890 #58865
- 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)2254-6177 #123
- 基宜花 東區客服:26550 宜蘭縣羅東鎮公正路 197 號 3 樓 電話:(03)956-2121 #502
- 桃竹苗 桃苗客服:33042 桃園縣桃園市三民路三段 245-1 號 6 樓 電話:(03)335-2115 #123
- 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)2228-3176 #281
- 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)226-1261 #262
- 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：_____

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

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蒐集、處理或利用，除本公司「告知說明書」所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理或利用，將於人身保險及財產保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台端不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料，本公司將可能無法提供 台端相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

立同意書人已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

富邦產物保險股份有限公司

立同意書人 簽名：_____

法定代理人 簽名：_____

中華民國 年 月 日

0-Y00X0150-0

