凱基人壽 KGI LIFE

凱基人壽理賠申請書

保單號碼	□個險＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（可填多張）□團險＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（可填多張）				
事故人/被保險人姓名		事故人/被保險人身分證字號		事故人/被保險人出生日期	/ /
※ 申請團體保險理賠請一併填寫以下欄位					
投保員工姓名		投保員工身分證字號		投保員工出生日期	/ / 與被保險人關係
申請項目	□ 身故 □ 教育年金 □ 失能 □ 重大疾病 □ 特定傷病 □ 重大燒燙傷 □ 一般醫療 □ 豁免保費 □ 長期照護 □正本留存證明/差額證明 □ 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	/ /	事故時職業		事故經過說明
	事故地點		報案日期	/ /	
	是否報案	□無 □有	承辦員警		
	報案警局		聯絡電話		

保險金給付方式	□匯款：帳戶係□受益人 □受益人之法定代理人/監護人/輔助人所有 □同前次理賠申請帳戶	
	戶名：	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 ＿＿＿＿＿＿分行(請參照存摺)	
	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.若受益人不只一人時，可檢附匯款帳號資料影本（如存摺影本）。 4.倘若戶名、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)

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，請填寫完整經攬代號(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

理賠號碼
（本欄位由櫃檯受理人員填寫）

※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※

◎ 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。

◎ **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。**

◎ **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)。**

◎ 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。

◎ 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。

◎ **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」。**

◎ **理賠申請書所填載之聯絡地址，視為本人本次理賠申請相關文件之指定送達地址。**

◎ 本人欲申領身故/完全失能保險金，因保險單已遺失(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。

受益人/事故人 簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿身分證字號：＿＿＿＿＿＿＿＿

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：□□□-□□ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

聯絡電話：(＿＿)-＿＿＿＿＿＿＿＿行動電話：＿＿＿＿＿＿＿＿

※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　　年　　月　　日

※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。

* C 0 1 0 2 0 0 1 0 1 *

凱基人壽
KGI LIFE

凱基人壽保險股份有限公司

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

凱基人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項之規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：
(一)００一　人身保險
(二)０五九　金融服務業依法令及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用
(三)０八五　旅外國人急難救助
(四)０九０　消費者、客戶管理與服務
(五)０九五　財稅行政
(六)一八一　其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別：
(一)識　別　類：(C001)辨識個人者；(C002)辨識財務者；(C003)政府資料中之辨識者。
(二)特　徵　類：(C011)個人描述；(C012)身體描述；(C013)習慣。
(三)家庭情形：(C021)家庭情形；(C023)家庭其他成員之細節。
(四)社會狀況：(C031)住家及設施；(C032)財產；(C033)移民情形；(C038)職業；(C040)意外或其他事故及有關情形；(C041)法院、檢察署或其他審判機關或其他程序。
(五)教育、考選、技術或其他專業：(C051)學校紀錄。
(六)財務細節：(C081)收入、所得、資產與投資；(C082)負債與支出；(C088)保險細節；(C089)社會保險給付。
(七)健康與其他類：(C111)健康紀錄(醫療、病歷、健康檢查)(C114) 交通違規之確定裁判及行政處分。其他詳如本申請書或同意函所載內容。

三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)：
(一)要保人(二)當事人之法定代理人、輔助人(三)各醫療院所(四)警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：
(一)期間：本保險契約之有效期間及依法令規定應為保存之期間。
(二)對象：本(分)公司、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、財團法人金融消費評議中心、作業委外機構、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、我國權責主管機關。
(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.查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.請求補充或更正。3.請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
(二)行使權利之方式：書面。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：
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，因此可能延後或無法提供 台端相關服務或給付。

保險契約用詞異動對照表

※為符合身心障礙者權利公約精神及配合107年6月13日修正之「保險法」部分條文，本公司保險契約之用詞依下表調整，保戶權益不因相關用詞調整而受影響。

原用詞	新用詞
殘廢	失能
死殘	死亡及失能
全殘	完全失能
腦中風後殘障	腦中風後障礙
殘障	機能障礙
殘缺	缺損
殘扶	失能扶助
殘疾	疾病失能
傷殘	傷害失能
失能	喪失工作能力
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	受監護宣告尚未撤銷者

凱基人壽
KGI LIFE

凱基人壽保險股份有限公司

同意查詢暨授權同意書

茲因向凱基人壽保險股份有限公司（下稱凱基人壽）□申請保險給付□投保商業保險之需要，立同意書人（與被保險人關係：□本人□受益人□法定代理人□監護人□輔助人□其他_____）同意並委託凱基人壽之職員向　貴醫院（診所）、衛生機關、警局（派出所、交通隊等）、消防（救護）機關、地檢署、產險公會、壽險公會、保險公司、移民署、海巡單位、交通監理機關或相關單位，索引查詢(包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音或配合醫療院所作業所為之行為)(註1)、調閱、問診、抄錄、影印**被保險人_____(生日：_____年_____月_____日、身分證號碼：_____**_____)本次申請傷病(_____(病名))自保險契約生效日前五年內迄本同意書「簽章日」為止之就診且不限科別之相關病歷以及依據健保局提供之歷次就診記錄查詢之就醫詳情、電腦檔案資料、事故相關筆錄、鑑定報告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凱基人壽職員代為填寫，並聲明：「立同意書人同意並委託凱基人壽就本同意書為影印使用且本同意書之影本與正本具同等效力；部分醫院之制式表格之空白欄位，亦同意授權凱基人壽職員代為填寫」。

此致

各有關醫院（診所）、衛生機關、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、產險公會、壽險公會、保險公司、移民署、海巡單位、交通監理機關或相關單位

立同意書人簽章：_____身分證號碼：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____身分證號碼：_____

(**為因應各機關、單位之需求，請「簽名」加「蓋章」，以免後續再行照會補附文件。**如立同意書人為未滿七歲之未成年人或受監護宣告者，應由其法定代理人或監護人代為簽章，若為七歲以上未滿十八歲之未成年人或受輔助宣告者，除本人簽章外，並須由其法定代理人或輔助人簽章)，並提供身分證影本、戶籍謄本、戶口名簿或法院裁定等相關證明文件作為向上開單位查詢資料之用。

聯絡地址：□□□_____

聯絡電話：(____)_____行動電話：_____

中　華　民　國　　年　　月　　日

附註：

1. 索引包含但不限於公開查詢網站、平台進行自主檢索。
2. 醫療法第71條規定：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔。」
3. 衛生署96年3月27日衛署醫字第0960012310號函釋，調閱病歷同意書規格不拘，醫療機構或保險公司提供與病患填寫使用者，均無不可。
4. 中華民國醫師公會全國聯合會96年9月13日(96)全醫聯字第1716號函釋，調閱病歷如使用影本，可加蓋與正本相同圖章後使用。

凱基人壽 KGI LIFE

申請各項保險給付應檢附文件一覽表

注意： 實際應檢附文件仍以各保單條款為準。	醫療險					失能		身故		豁免保費	教育年金	喪葬津貼	生育津貼	長期看護	門診津貼	職災			
	實支實付型	日額、定額型	骨折未住院	癌症醫療	重大、特定疾病	部分失能	完全失能	疾病身故	意外身故							身故	薪資	喪失工作能力	失能
理賠申請書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
受益人的身分證明(附有照片)					◎		◎	◎	◎		◎	◎	◎						
保險單或其謄本							◎	◎	◎										
被保險人除戶戶籍謄本								◎	◎			◎				◎			
死亡診斷書/相驗屍體證明書								◎	◎	◎	◎	◎				◎			
失能診斷證明書						◎	◎			◎									◎
診斷證明書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎				◎	◎				
醫療費用明細及收據	◎										◎				◎				
病理切片檢驗報告(癌症)				◎	◎			◎		◎									
X光片			◎			◎													◎
職業災害證明文件 (勞保局核定通知書)																◎	◎	◎	◎

申請注意事項：

1. 保險金申請書請填寫、簽章及身分驗證注意事項：
   (1)申請身故保險金，受益人係指保險單所載之身故受益人，請檢附有照片且未過期之官方身分證明文件影本(如身分證、護照、居留證、駕照等，下同)；申請醫療保險金、重大疾病或失能保險金，受益人為被保險人本人。
   - 受益人如為未滿七歲之未成年者，則應由其法定代理人代為填寫身分資料及簽章，並檢附受益人與法定代理人之關係證明及附有照片且未過期之官方身分證明文件影本。
   - 受益人如已滿七歲，但未滿十八歲之限制行為能力者，由受益人本人及其法定代理人填寫身分資料及簽章，並檢附受益人與法定代理人之關係證明及附有照片且未過期之官方身分證明文件影本。
   - 受益人如受監護宣告或輔助宣告尚未撤銷者，請檢附法院為監護宣告或輔助宣告之裁定書，並須由其監護人或輔助人代為填寫及簽章及附有照片且未過期之官方身分證明文件影本。

   (2)各項保險金應以受益人本人之帳戶為匯款帳戶，不得指定匯入法定代理人、監護人或輔助人之帳戶。惟未成年者之醫療保險金，得經本人同意指定匯入法定代理人之帳戶，請檢附法定代理人之關係證明及附有照片且未過期之官方身分證明文件影本。
   (3)外籍(含大陸地區)人士申請各項保險金，請檢附有照片且未過期之官方身分證明文件影本，以辨識及驗證身分。
2. 申請意外身故或失能保險金，為有助於理賠作業，請一併附上「意外傷害事故證明文件」(如警方證明文件)。
3. 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」。
4. 申請於國外發生之保險事故，請檢附護照出入境資料影本及相關就醫之完整英文病歷資料，以加速理賠處理時效。
5. 除上列各項應備文件外，本公司經審核如認為需要其他相關證明文件，將會另行通知受益人。
6. 主契約有效期間內因被保險人致成主契約條款附表所列失能、罹患重大疾病、特定重大疾病、癌症疾病等情形致生主契約終止時，該保單契約附加之長年期附約不隨主約終止(依金管保壽字第10102116570號)，但保單契約持續之長年期附約，仍須依規定繳交自主契約終止之翌日後之保險費，始得延續該附約之效力。
7. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」規定，單次給付理賠延滯息金額達新臺幣五千元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費，但具下列身分之一或符合上述法令之規定者，於理賠申請時應主動檢附下列文件，可免扣取補充保險費：
   (1)符合全民健康保險法之第五類被保險人(合於社會救助法規定之低收入戶成員)：檢附社政機關核定有效期限內之低收入戶證明文件。
   (2)未具健保投保資格或喪失健保投保資格者：非本國人者檢附護照影本、已除籍之本國人者檢附最近3個月內戶籍證明文件。
8. 各項因理賠申請所檢具文件均不另行退還，非屬理賠項目文件如需退還者，請逕洽各地承辦人員。
9. 辦理被保險人身故保險金，如有重病投保、高齡投保、薆緻投保、短期投保、舉債投保、鉅額投保、密集投保或保險費較保額高情形，應於理賠給付後主動於遺產稅申報書「不計入遺產總額財產」欄位中揭露!
10. 個人險保單理賠申請倘未填寫理賠聯絡地址者，理賠各式書函或通知，將郵寄至保單「住所(通訊地址)」。
11. 若保險契約遭法院強制執行，且受益人申請之保險金屬於強制執行法第122條第2項規定所稱「係維持債務人及其共同生活之親屬生活所必需者」，得依強制執行法第12條規定向法院聲請或聲明異議。
12. 填寫本申請書如有任何疑問，請撥客戶服務專線0800-098-889，本公司將有專人竭誠為您服務。謝謝！

※填寫完成後，請連同各項申請文件以掛號寄交本公司各地服務據點。

台北客服中心: 105405 台北市敦化北路122號B1　　個人險 (02) 2719-6678　團體險 0800-211-702
桃竹　分公司: 330063 桃園市桃園區經國一路73號4樓　　(03) 216-5038
台中　分公司: 403458 台中市西區五權路2之107號8樓　　(04) 2376-2866
嘉義　分公司: 600003 嘉義市民生北路241號6樓　　(05) 223-2092
台南　分公司: 710044 台南市永康區中華路1之97號15樓　　(06) 313-3957
高雄　分公司: 804116 高雄市鼓山區明誠四路156號11樓　　(07) 586-6588
花蓮　分公司: 970010 花蓮縣花蓮市明心街1-16號7樓　　(03) 834-5240
(原英商保誠個人險保戶請寄至 403458 台中市西區五權路2-107號11樓 保單作業部 收)

搜尋 凱基人壽APP or 馬上掃描

亞洲大學 學生申請理賠 聯絡確認書

學生姓名		**科系年級**	系　　年　　班
出生日期	年　　月　　日	**學號**	
手機 號碼		Line ID	
方便聯絡時間	(　)早上_____(　)中午 12:00　(　)下午_____(　)晚上_____		
家長姓名/聯繫電話	(若學生連繫不上另通知家長)		
通訊地址			
事故日期	年　　月　　日	**事故地點**	
簡述事故經過說明			

【注意事項】

1. 本確認書所載明被保險人係本校學生，且已參加學生團體平安保險，提供此聯絡確認書以利理賠通知服務聯繫確認。
2. 為顧及學生保險權益，保險服務員若於不同天中，分別連絡次數加總超過 3 次連絡不上學生本人，則直接改通知學生家長。保險服務員通聯紀錄:

(1)___年___月___日，(　)____:____連絡_____

(2)___年___月___日，(　)____:____連絡_____

(3)___年___月___日，(　)____:____連絡_____

連繫家長日期

(1)___年___月___日，(　)____:____連絡_____

(2)___年___月___日，(　)____:____連絡_____

本人已明確閱讀、瞭解並同意接受注意事項後簽名	**學生簽名**

**********以下由收件人員確認填寫**********

保險收件服務員_____

收件日期: _____年_____月_____日

送件日期：_____年_____月_____日

本次理賠檢附之文件

診斷書正本(　)張、副本(　)張，收據正本(　)張、副本(　)張，X 光片(　)份，

事故三聯單(　)張，病理檢驗報告(　)份，其它文件(　　)