

台壽保險股份有限公司 \_\_\_\_\_ 分公司

地 址：\_\_\_\_\_

電 話：\_\_\_\_\_

注意事項：

- 1、理賠申請書務須詳細據實填寫，並於知悉事故後十日內通知本公司，惟本公司接受理賠申請書並非表示已完全承認其責任。
- 2、茲特聲明本理賠申請書所填各項均為真實情形，否則自願放棄保險單之一切權利。

收件 單位		處理 單位	
----------	--	----------	--

申請項目		<input type="checkbox"/> 1.醫療 <input type="checkbox"/> 2.殘廢 <input type="checkbox"/> 3.身故 <input type="checkbox"/> 4.其他		賠案號碼			
保單號碼		保險期間		自 年 月 日至 年 月 日			
事 故 人	姓 名	職 業		服 務 人 員	送件單位：		
	身分證字號	投 保 其 他 保 險 公 司			姓 名：		
	出生日期	年 月 日	/ 日期 / 金額		職 稱：		
意 外 事 故 請 詳 填	發生時間	年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分		事故地點			
	原因及 詳細經過			事故時職業 及工作內容			
	報案日期			處理事故單位 (分局/派出所/地檢署)			
	承辦人員			承 辦 人 員 聯 絡 電 話			
付 款 方 式	<input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 交由服務人員親自遞送 <input type="checkbox"/> 郵寄至下列聯絡地址						
	<input type="checkbox"/> 匯款	行庫名稱	分支行庫名稱	戶名	帳號(帳號請參照存摺,由左至右填寫)		
	*倘戶名、匯款帳號有誤或不全,本公司得逕行行政以禁止背書轉讓支票給付。(限匯入事故人/身故受益人帳戶,請檢附存摺面影本,若不附存摺面影本請直接填寫戶名、金融機構名稱及匯款帳號)						
*倘為郵局帳戶請填寫郵政存簿儲金資料,帳號:七位局號及七位帳號(含檢號)共十四位。							

同意調查聲明書

立同意書人 (與事故人關係: 本人 受益人 法定代理人 監護人 其他 \_\_\_\_\_) 因向台壽保險股份有限公司申請保險給付之需要,由立同意書人同意 貴醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位協助並提供台壽保險股份有限公司指派之人員調閱、抄錄或影印事故人 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_年\_\_月\_\_日生,身分證字號:\_\_\_\_\_) 就診病歷(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,授權台壽保險股份有限公司人員代為填寫,本人絕無異議,並聲明本同意書之影本與正本具同等效力;恐口說無憑,特立此書為證。 此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位

※茲依保險單條款約定提出保險金申請,並確認及同意「給付方式」欄及「同意書」內容,若 貴公司依本人前開指示,交付支票予本人或匯入本人指定之金融機構帳戶後, 貴公司即已履行保險金給付義務。如有誤選、誤寫等本人因素所致之誤失,均由本人自行負責,絕無異議。 此致 台壽保險股份有限公司。

事 故 人 / 身 故 受 益 人 (即 立 同 意 書 人) 簽 章: \_\_\_\_\_ 身 分 證 字 號: \_\_\_\_\_

法 定 代 理 人 / 監 護 人 簽 章: \_\_\_\_\_ 身 分 證 字 號: \_\_\_\_\_

(事故人/身故受益人為未成年人或禁治產人時,請填寫)

郵 遞 區 號  
聯 絡 地 址: □□□--□□

聯 絡 電 話: ( ) \_\_\_\_\_ 分 機 \_\_\_\_\_ 行 動 電 話 \_\_\_\_\_ 中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

下 欄 由 本 公 司 經 辦 人 填 寫 (經 辦 人 員 於 案 件 結 案 時,需 附 保、批 單 影 本)

處理意見:

總 公 司	經 理	副(襄)理	科 長	經 辦 人	分 公 司	經 理	副(襄)理	科 長	經 辦 人
保費 金額	收費 日期	<input type="checkbox"/> 未繳 <input type="checkbox"/> 收現金 <input type="checkbox"/> 收支票				年 月 日	經辦 代號	查核章	