



保單號碼		被保險人	
申請項目	事故種類	<input type="checkbox"/> 身故/完全失能保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病保險金 <input type="checkbox"/> 傷害或一般醫療保險金 <input type="checkbox"/> 癌症保險金 <input type="checkbox"/> 未支領年金餘額 <input type="checkbox"/> 返還年金保單價值準備金 <input type="checkbox"/> 豁免保險費 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外	(配合保險法部分條文修正, 理賠相關文件進行用詞調整, 惟保戶相關權益不受影響, 詳情請參本公司官網說明)	

事故人詳細資料

姓名	身份證字號	出生日期
職業與職務	事故時間	年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分
事故地點	是否曾於其他院所就診	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____醫院診所
就診經過	就診醫療院所	入/出院日期 年 月 日至 年 月 日
請詳述保險事故原因、經過情形 (如有媒體報導請提供剪報)		
警方處理: _____ 派出所(分局)/交通隊, 警員: _____, 電話: _____		

保險金付款方式 (※如因匯款資料錯誤或無法辨識時, 本公司得逕改以開立支票處理。)

<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 服務人員轉交	<input type="checkbox"/> 郵寄保單聯絡地址	<input type="checkbox"/> 郵寄至: _____
<input type="checkbox"/> 匯款	戶名: _____	銀行: _____	分行/帳號: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

申請本事故保險金後契約終止, 因保險單遺失, 本人聲明保險單作廢, 無須補發。(同意者請勾選, 未勾選者視為不同意)

★依據「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法」(CRS)之規定, 請填寫FATCA/CRS聲明暨同意書(旅平險免填)

★申請身故理賠者, 配合美國稅收遵從法案(FATCA), 請受益人另行填具美國海外帳戶FATCA/CRS聲明暨同意書。若保戶具美國納稅義務人身份(具有美國籍、持有美國綠卡、或美國長期居民者)或具任一美國指標者, 請檢附相關文件如W-8BEN、W9、公司證明……等。

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

第一金人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第八條第一項、第九條第一項及第六條第二項規定, 向您告知下列事項, 請您詳閱:

一、蒐集之目的: (一) 00一人身保險 (二) 0六九契約、類似契約或其他法律關係事務 (三) 0九0消費者、客戶管理與服務 (四) 一八一其他經營合於營業登記項目或組織章程所訂之業務(五)0六0金融爭議處理(六)一五七調查、統計與研究分析。二、蒐集之個人資料類別: 姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、及與事故經過相關的查證個人資料等(包含本件保險契約於申請本次理賠前「例如於投保或申請契約變更時」非由您直接提供予本公司之個人資料), 詳如本申請書及應備文件內容所載。三、個人資料之來源: (一) 要保人。(二) 您或您的法定代理人、輔助人。(三) 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、要保單位、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、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、業務委外機構、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。(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, 您就本公司保有您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、您不提供個人資料所致權益之影響: 若您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您相關服務或給付。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項

本人(被保險人)同意貴公司於符合個人資料保護法及保險法規定之範圍內, 得蒐集、處理及利用本人相關病歷、醫療及健康檢查等個人資料。

※若為申領身故給付, 為確認本次理賠申請所檢附死亡證明書或相驗屍體證明書內容之正確性, 本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。

保險金申請書

茲依保險單條款約定提出保險金申請, 並聲明上述各項欄位填寫及說明內容正確無誤, 並同意各欄位所載內容及同意事項。此致 第一金人壽保險股份有限公司

受益人簽章: _____ 身分證字號: _____ 國籍: 中華民國 有其他國籍: _____

法定代理人簽章(關係: _____): _____ 身分證字號: _____ 國籍: 中華民國 有其他國籍: _____

聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____ 申請日期: _____年____月____日

送件單位受理章	送件者/業務員簽名	理賠受理章
	姓名: _____ 聯絡電話: _____ 業務員登錄證號碼: _____	

申請各項保險金所需檢附文件及注意事項：

一、申請各項保險金所需檢附文件一覽表：(摘要如下，詳請參閱保單條款規定)

申請項目	身故		失能保險金	二到十一級失能保險金	重大燒燙傷保險金	重大疾病保險金	癌症保險金	未支領年金餘額	返還年金保單價值準備金	意外傷害醫療保險金	醫療保險金	住院日額(加護、燒燙傷、急診、緊急醫療轉送)
	疾病身故保險金	意外身故保險金										
檢附文件												
保險金申請書	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
保險單或其謄本	V	V	V					V	V			
死亡證明書	V							V	V			
相驗屍體證明書		V										
失能診斷書			V	V								
受益人身分證明	V	V	V					V				
要保人身分證明									V			
醫療診斷書、住院證明						V	V			V	V	V
重大燒燙傷診斷書					V							
病理組織檢查報告							V					

說明：

- 申請重大疾病保險金時：
 - 醫療診斷書及相關檢驗或病理切片報告。
 - 接受外科手術者，另檢具其外科手術證明文件。
- 申請癌症各項保險金時：
 - 申請「癌症住院醫療保險金」或「癌症住院開刀手術保險金」時，應另檢具醫院出具之癌症住院治療證明書。
 - 申請「癌症住院開刀手術保險金」或「癌症門診手術保險金」時，應另檢具醫院出具之癌症手術醫療證明書。
- 申請傷害保險的身故或失能保險金、重大燒燙傷保險金及意外傷害醫療保險金時，本公司得要求提供意外傷害事故證明文件；如有骨折時，診斷書需載明骨折程度(完全骨折、不完全骨折、龜裂)及提供X光片。
- 申請「加護病房或燒燙傷中心日額保險金」時，需列明進、出加護病房或燒燙傷病房之日期；申請「急診醫療保險金」時，需附急診診斷證明文件；申請「緊急醫療轉送保險金」時，需檢附以救護車緊急醫療轉送之證明文件。
- 上述醫療診斷書、住院證明、檢驗及病理切片報告，如要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人出具醫療診斷書及相關檢驗或病理切片報告。
- 各項保險金之申請，請參閱保單條款規定或申請各項保險金所需檢附文件一覽表及注意事項。
- 申請二年以內之死亡件(年金險除外)、非意外引起之失能件、慢性病(如：高血壓、糖尿病、肝硬化、子宮肌瘤、惡性腫瘤...)等理賠件時，請檢附健保局「請求提供資料申請書」(簽名並蓋章)及身份證明文件。

注意事項：

- 本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽名/蓋章，有關受益人定義說明如下：
 - 申請醫療、重大疾病、癌症或失能保險金，受益人為事故人(被保險人)本人。
 - 申請身故保險金，受益人係指保險單所載之身故受益人，身故受益人不只一人時，均須簽名/蓋章或各填寫一份。
 - ※受益人為未滿七歲之未成年人，由其法定代理人代為簽名/蓋章及法定代理人簽名/蓋章。
 - ※受益人為七~十八歲之限制行為能力者，由受益人及其法定代理人簽名/蓋章。
 - ※受益人為受監護宣告人，由其監護人代為簽名/蓋章及監護人簽名/蓋章。
 - ※應簽章者為不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替，但須二位見證人同時簽名。
 - ※應簽章者為雙手截肢可以蓋章代替，亦須二位見證人同時簽名。
- 受益人身分證明定義：受益人身分證正反面影本(若受益人指定為法定繼承人，除身分證正反面影本外，還需檢附受益人之全部戶口名簿影本及繼承系統表，以便確認受益人人數與給付金額)；尚無身分證之受益人請提供戶口名簿影本。
- 申請各項保險金時請務必完整填寫保險金申請書之相關欄位，「授權同意查詢聲明書」倘立同意書人為事故人/身故受益人之法定代理人/監護人，請檢附關係證明(如戶口名簿影本等)。
- 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」。
- 申請完全失能之被保險人如為受監護宣告或輔助監護宣告尚未撤銷者，請由監護人代為提出申請並檢附法院監護或輔助監護宣告文件。
- 申請意外身故/失能保險金可檢附「意外傷害事故證明文件」、「警方證明文件」、「意外事故報案證明書」或「報章雜誌等媒體剪報」。
- 各式診斷書需為正本，若為影本需經原發證機關加蓋印信關防。(須註明住院、出院、放射線、化學治療之日期及詳細手術名稱。)
- 事故發生於國外或中國大陸地區，意外傷害事故證明文件或死亡等證明書，需我國駐外單位或經授權單位為適當之公證認證程序。故申請各項保險金申請時，應再檢附認證文件。

保險金申請書


* C 0 1 *

保單號碼	00123456		被保險人	王○○
申請項目	事故種類 <input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 意外	<input checked="" type="checkbox"/> 身故/完全失能保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病保險金 <input type="checkbox"/> 傷害或一般醫療保險金 <input type="checkbox"/> 癌症保險金 <input type="checkbox"/> 未支領年金餘額 <input type="checkbox"/> 返還年金保單價值準備金 <input type="checkbox"/> 豁免保險費 <input type="checkbox"/> 其他_____		

(配合保險法部分條文修正, 理赔相關文件進行用詞調整, 惟保戶相關權益不受影響, 詳情請參本公司官網說明)

事故人詳細資料

姓名	王○○	身份證字號	A123456***	出生日期	60/10/2
職業與職務	水電包商	事故時間	115年03月12日 <input type="checkbox"/> 上午 <input checked="" type="checkbox"/> 下午 18時35分		
事故地點	台北市中山北路交民族東路口	是否曾於其他院所就診	<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____醫院診所		
就診經過	就診醫療院所	馬偕醫院	入/出院日期	年 月 日至 年 月 日	

請詳述保險事故原因、經過情形 (如有媒體報導請提供剪報)

行人遭車輛撞擊身故

警方處理: 圓山交通分隊 派出所(分局)/交通隊, 警員: 張○○, 電話: 02-2501****

保險金付款方式 (※如因匯款資料錯誤或無法辨識時, 本公司得逕改以開立支票處理。)

<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 服務人員轉交	<input type="checkbox"/> 郵寄保單聯絡地址	<input type="checkbox"/> 郵寄至: _____
<input checked="" type="checkbox"/> 匯款	戶名: 陳○○	第一	銀行 ○○ 分行/帳號

 申請本事故保險金後契約終止, 因保險單遺失, 本人聲明保險單作廢, 無須補發。(同意者請勾選, 未勾選者視為不同意)

★依據「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法」(CRS)之規定, 請填寫FATCA/CRS聲明暨同意書(旅平險免填)

★申請身故理赔者, 配合美國稅收遵從法案(FATCA), 請受益人另行填具美國海外帳戶FATCA/CRS聲明暨同意書。若保戶具美國納稅義務人身分(具有美國籍、持有美國綠卡、或美國長期居民者)或具任一美國指標者, 請檢附相關文件如W-8BEN、W9、公司證明……等。

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

第一金人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第八條第一項、第九條第一項及第六條第二項規定, 向您告知下列事項, 請您詳閱:

一、蒐集之目的: (一) 00一人身保險 (二) 0六九契約、類似契約或其他法律關係事務 (三) 0九0消費者、客戶管理與服務 (四) 一八一其他經營合於營業登記項目或組織章程所訂之業務 (五) 0六0金融爭議處理 (六) 一五七調查、統計與研究分析。二、蒐集之個人資料類別: 姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、及與事故經過相關的查證個人資料等(包含本件保險契約於申請本次理赔前「例如於投保或申請契約變更時」非由您直接提供予本公司之個人資料), 詳如本申請書及應備文件內容所載。三、個人資料之來源: (一) 要保人。(二) 您或您的法定代理人、輔助人。(三) 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、要保單位、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、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、業務委外機構、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督機關。(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, 您就本公司保有您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、您不提供個人資料所致權益之影響: 若您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您相關服務或給付。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項

本人(被保險人)同意貴公司於符合個人資料保護法及保險法規定之範圍內, 得蒐集、處理及利用本人相關病歷、醫療及健康檢查等個人資料。

※若為申領身故給付, 為確認本次理赔申請所檢附死亡證明書或相驗屍體證明書內容之正確性, 本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。

保險金申請書

茲依保險單條款約定提出保險金申請, 並聲明上述各項欄位填寫及說明內容正確無誤, 並同意各欄位所載內容及同意事項。此致 第一金人壽保險股份有限公司

 受益人簽章: 陳○○ 身分證字號: A222***222 國籍: 中華民國 有其他國籍: _____

 法定代理人簽章(關係: _____): _____ 身分證字號: _____ 國籍: 中華民國 有其他國籍: _____

聯絡地址: 台北市信義路三段○○號6樓 聯絡電話: 0960***** 申請日期: 115年4月1日

送件單位受理章	送件者/業務員簽名	理赔受理章
	姓名: _____ 聯絡電話: _____ 業務員登錄證號碼: _____	

立同意書人因向第一金人壽保險股份有限公司(以下稱第一金人壽)申請被保險人(即事故人)_____ (____年__月__日生,身分證號碼:_____) 保險事故理賠保險金之需要,以保險契約受益人(本人/法定代理人)之身分,同意並委託第一金人壽指派之人員向 貴醫療院所、健保局、地檢署、警察機關、消防(救護)機關、交通監理 機關、海巡機關、保險公司、保險公會…等機構,索引、查詢(含配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之掛號行為)、調閱、抄錄、影印事故人自契約生效日:民國____年__月__日之前五年內迄本聲明書日期為止,不限科別(病名:_____疾病/傷害)之就診紀錄(包括:病歷、醫療及健康檢查等資料)、事故相關筆錄與鑑定報告、本案保險事故相關資料作為參證之處理及利用,且若申請之理賠保險金項目為「身故保險金」者,為確認該理賠申請所檢附死亡證明書或相驗屍體證明書內容之正確性,立同意書人另同意第一金人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

上述欄位如有空白,立同意書人同意委由第一金人壽人員代為填寫,並聲明本查詢聲明書授權第一金人壽得影印後使用,且本查詢聲明書之影本與正本具同等效力。特立此書為證。

此 致

各相關醫療院所、健保局、地檢署、警察機關、消防(救護)機關、交通監理機關、海巡機關、保險公司、保險公會等…機構

立同意書人簽名:

蓋章:

身分證號碼:

法定代理人/監護人/輔助人簽名:

蓋章:

身份證號碼:

中華民國

年

月

日

- 一、「授權同意查詢聲明書」為查詢醫院及相關單位資料所必需,為加速理賠作業,請填寫被保險人(即事故人)相關資料,並由被保險人(死亡件為身故受益人)簽名蓋章,倘被保險人(或身故受益人)係未成年者,則須再由法定代理人簽名蓋章並檢附關係證明(戶口名簿影本)。
- 二、倘遇有部分醫療院所需提供該院所之制式表格情況、要求提供身分證影本或與被保險人關係證明,本公司將通知業務同仁或直接通知保戶勞煩您補正。

美國海外帳戶 FATCA 及 CRS 聲明暨同意書(個人客戶適用)

如帳戶持有人為**獨資資本主**，請填寫此表

本人(即要保人/受益人)擬與第一金人壽保險股份有限公司(下稱第一金人壽)訂立保險契約或向第一金人壽申領保險給付，為符合美國「外國帳戶稅收遵從法」下稱(FATCA)及我國「金融機構執行盡職審查及申報作業辦法」(下稱CRS)暨個人資料保護法相關規定，本人爰聲明暨同意如下：

一、立同意書人基本資料：

姓名	身分證字號	出生日期	/ /
現在居住地址 (不得為郵政信箱或公司地址)	現在居住國家或地區：_____		
	郵遞區號：_____		
	現在居住地址：_____		

二、稅籍聲明(可複選)

- 本人是中華民國稅務居住者身分
- 本人是美國納稅義務人(註)(請另填 W-9 表格)
- 本人是非中華民國、美國之其他國家稅務居住者身分(請填下表三)

註：美國公民、持有美國永久居民身分證(綠卡)、或通過居留測試之美國稅務居民【係指在美國工作/居住/求學，本年度在美國境內停留天數≥31天，且(本年在美國境內停留天數×1+去年在美國境內居留天數×1/3+前年在美國境內居留天數×1/6)≥183天者】。

三、接上題勾選「3.」者，請填寫下表。

英文姓名	姓氏：	名字：	
現在居住國家或地區：(英文填寫)			
現在居住地址：(英文填寫) (不得為郵政信箱或公司地址)			
具有稅籍的居住國家或地區	稅務識別碼	如未提供稅務識別碼，填寫理由 A、B、或 C	倘選取理由 B，請說明理由
1			
2			
3			
理由 A 帳戶持有人的居住國家或地區並未向其居民發出稅務識別碼。			
理由 B 帳戶持有人無法取得稅務識別碼。如選取此理由，須解釋帳戶持有人無法取得稅務識別碼原因。			
理由 C 帳戶持有人毋須提供稅務識別碼。居住國家或地區的主管機關不需帳戶持有人揭露稅務識別碼。			

徵取自我證明之法律依據

- 本公司應依「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法」(CRS)之規定，進行稅務用途金融帳戶資訊交換盡職審查，於審查後向稅捐稽徵機關申報應申報國居住者之稅務用途金融帳戶資訊。
 - 本公司應取得及留存帳戶持有人之自我證明文件，以辨識帳戶持有人為稅務居住者之國家/地區，並就取得與該帳戶相關之其他資訊，審查自我證明文件之合理性。
 - 相關用詞(如稅務識別碼、具控制權人等)，請詳該辦法相關規定。
- ※請注意本文件非稅務和法務建議，本公司亦無法提供稅務或法務之意見。如果您對本文件有任何稅務或法務上之問題，請諮詢稅務、法律和/或其他相關專業人士。

聲明及簽署

- 本人證明，就與本文件所有相關的帳戶，本人是帳戶持有人。
- 就帳戶持有人基本資料部分，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。
- 本人已詳閱遵循美國海外帳戶稅收法案(FATCA)個人資料告知事項，在不違反本國主管機關法令規範下，本人同意第一金人壽為遵循美國稅法規定，得將因業務往來而取得之本人之個人資訊(如姓名、地址、美國稅籍編號等)，及本人與第一金人壽往來的保險契約相關資訊(如保單號碼、保單(帳戶)價值(餘額)等)，向本國主管機關或美國稅務機關申報，及因應本國主管機關或美國稅務機關之規範要求，本人同意第一金人壽可依適用之法律規範，履行相關義務。
- 本人聲明就本人所知所信，本文件內所填報的所有資料和聲明均屬真實和完備；若與 貴公司既存資料不相符，本人會通知 貴公司，並承諾，倘情況有所變更，以致影響本文件之資訊，或導致本文件所載的資料不正確，本人會於狀態變更之 30 日內通知 貴公司並同時依 FATCA 或 CRS 相關規範配合提供相關證明或更新後之自我證明表予第一金人壽。
- 本人聲明上述資料為本人最新資料無誤，並與自我證明文件確認無誤。

立同意書人簽名	法定代理人/監護人/輔助人簽名	與立同意書人關係	日期 ____年____月____日
---------	-----------------	----------	-----------------------

FATCA/CRS_113V1

繼承系統表

被繼承人	身 份	姓 名	出生 日期	死亡 日期
		民國	年 月 日	民國
			年 月 日	年 月 日

左列系統表屬實無訛，如有偽報、遺漏或錯誤，致他人受損害時，繼承人願意負損害賠償及有關法律責任。

此 致

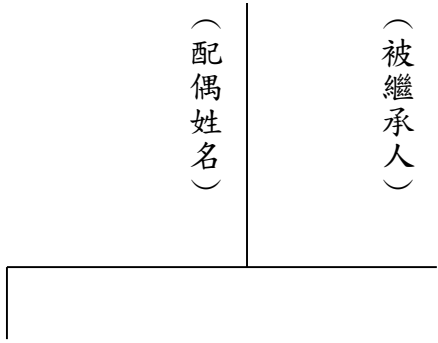
第一金人壽保險股份有限公司

(被繼承人)

(稱謂)

(姓名)

(配偶姓名)



6	5	4	3	2	1	(具表人) 繼承人簽名	印鑑

(繼承人未成年)

法定代理人簽章

中 華 民 國 年 月 日