



※填寫前請先詳閱本申請書背面申請理賠應檢附文件及注意事項，謝謝您。

保單號碼		要保人		主被保險人	
事故人	<input type="checkbox"/> 同主被保險人 <input type="checkbox"/> 眷屬附約被保險人 _____ 出生日期：_____ 身分證號碼：_____				
	住址：_____ 聯絡電話：_____				
	服務機關：_____ 職位：_____ 工作內容：_____				
	就診身分： <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 全民健康保險				
申請理賠項目	<input type="checkbox"/> 疾病身故保險金 <input type="checkbox"/> 住院醫療保險 (IHS) <input type="checkbox"/> 長春藤限額終身醫療保險 (IHB)				
	<input type="checkbox"/> 意外傷害身故保險金 (IPA、ADD) <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 長春藤醫療保險 (PHR)				
	<input type="checkbox"/> 一級殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 安寧保險金 <input type="checkbox"/> 意外傷害醫療保險 (IAM、IAN)				
	<input type="checkbox"/> 二至六級殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病保險金 <input type="checkbox"/> 意外傷害住院日額給付保險 (IAI)				
	<input type="checkbox"/> 老年住院醫療提前給付 <input type="checkbox"/> 全殘扶助保險金 <input type="checkbox"/> 每月給付【收入/幸福安家保障保險金】				
	<input type="checkbox"/> 重大燒燙傷保險金 <input type="checkbox"/> 婦女險醫療保險 <input type="checkbox"/> 按條款約定年複利計算之現值總和一次給付				
	<input type="checkbox"/> 住院日額給付保險 (IHI) <input type="checkbox"/> 防癌險醫療保險 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
付款方式	<input type="checkbox"/> 支票 (本公司不接受取消禁止背書轉讓及劃線)				
	<input type="checkbox"/> 匯款：(須附存摺影本)				
	_____ 銀行，_____ 分行，帳號 _____，戶名 _____ _____ 郵局，局號/帳號 _____，戶名 _____ _____ 農會/信合社，_____ 分社，帳號 _____，戶名 _____				
事故經過	疾 病		意 外 傷 害		
	診斷病名：		事故發生時間： 年 月 日 午 時 分		
	就診醫院： 電話：		事故發生地點：		
	其他就診醫院： 電話：		事故發生經過說明：		
事故求診經過說明：		急診醫院： 電話：			
		事故關係人： 電話：			
		處理憲警人員： 電話：			
		處理憲警單位：			
檢附文件	<input type="checkbox"/> 醫療費用收據 <input type="checkbox"/> 死亡證明書 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本/戶口名簿 <input type="checkbox"/> 病理組織檢查報告				
	<input type="checkbox"/> 醫療費用明細表 <input type="checkbox"/> 檢察官相驗屍體證明書 <input type="checkbox"/> 除戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 意外事故證明文件				
	<input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> X光片 (骨折件須附) <input type="checkbox"/> 同意調查書 _____ 醫院 <input type="checkbox"/> 存摺影本				
	<input type="checkbox"/> 殘廢診斷證明書 <input type="checkbox"/> 法院死亡宣告判決書 <input type="checkbox"/> 核磁共振造影掃描 MRI <input type="checkbox"/> 保險單				
	<input type="checkbox"/> 禁治產宣告文件 <input type="checkbox"/> 事故人身分證影本 <input type="checkbox"/> 腦部電腦斷層掃描 CT-Scan <input type="checkbox"/> 其他 _____				
	同意調查暨聲明書				
	本人同意任何醫師、診所、醫院、警察、法院或任何機構，將本人之診療病歷或詳細資料提供予幸福人壽保險股份有限公司以為參證之用。另茲因保險單遺失，無法檢附，嗣後如有因本保險單已領取之保險給付發生糾紛或致貴公司有所損害時，本人願意負一切法律責任，與貴公司無涉，併此聲明。 * 本同意調查暨聲明書影本效力與正本相同 *				
事故人：_____ 簽章		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>			
受益人：_____ 簽章					受益人戶籍地址：_____
法定代理人：_____ 簽章		申請日期： 年 月 日			
受來理源	<input type="checkbox"/> 由服務單位送件 <input type="checkbox"/> 非服務單位送件 <input type="checkbox"/> 保戶自行郵寄件 <input type="checkbox"/> 總公司櫃台受理件				
	<input type="checkbox"/> 團保部送件 <input type="checkbox"/> 多元行銷部送件				
送件營業單位	單位代碼：	通業	登錄編號：	通行	通處 訊經 理 處 理 簽 章
	_____	訊務	_____	訊政	
	單位名稱：	處員	身分證號碼：	處助	
	_____	送簽	_____	理	
	件章	簽章：	_____	簽章	總公司 收件 章
		_____	_____		



幸福人壽
Singfor Life



C2000

同意調查聲明書

茲 君(身分證號碼：

)向幸福人壽保險股份有限公司投保保險，現因

為申請保險給付之需要，由本人以該保險契約被保險人本人 受益人(關係：之身份，
同意幸福人壽保險公司向 貴單位調閱或抄錄有關該員之所有就診病歷及個人電腦資料之查詢且作
為壽險理賠及核保之用，如幸福人壽保險股份有限公司有逾越授權申請資料之範圍，或將申請之資
料作為他用時等上揭情事發生，致他人受有損害者，由幸福人壽保險股份有限公司依法負責。煩請
貴單位惠予協助配合，如有發生任何糾紛，全由本人負責，恐口說無憑，特立此書為証。

此 致

各相關醫療院所

各區健保分局

各級警察機關及檢調單位

立同意書人：

法定代理人：

(未成年需法定代理人簽章)

身份証字號：

印 (簽名蓋章)
印 (簽名蓋章)

中 華 民 國

年

月

日

提供資料請求書

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	縣市	鄉鎮市區	路街	段	巷弄	號	樓	室												
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區	路街	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. 年 月至 年 月投保資料 <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>																	
使用的目的	壽險理賠	當事人簽名																		
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	縣市	鄉鎮市區	路街	段	巷弄	號	樓	室												
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區	路街	段	巷弄	號	樓	室												
聯絡電話	(02)23817172	與本人關係	保險契約		代理人簽名		申請日期 年 月 日													
公司行號	名稱:幸福人壽保險股份有限公司 負責人姓名:				公司地址:台北市忠孝西路一段6號8樓 公司電話:(02)23817172															
應附證明文件	1.當事人授權書 2.當事人戶口名簿景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 壽險理賠(事因)之需要,同意由代理人 (缺本人關係:保險契約) 向中央健康保險局申請,請求提供 年 月至 年 月之資料(如申請書所系選之資料項目及範圍),且作為壽險理賠之用。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。資料影本需要 請中央健康保險局以掛號副知本人,申請資料費用由代理人支付中央健康保險局。 不需要

授權人姓名:

(即保險對象)

(請務必親自簽名及蓋章) 授權日期

年

月

日