



保險金申請書

保單號碼：_____

團體險 個人險

申請類別	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 意外傷害 <input type="checkbox"/> 癌症理賠 <input type="checkbox"/> 重大疾病/完全失能 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 完全失能 <input type="checkbox"/> 完全失能扶助金 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 其他：_____			團體險	要保單位名稱
申請聲明	<input type="checkbox"/> 申請身故、完全失能、重大(特定)疾病案件:因保單遺失,受益人聲明保險單作廢				員工/成員姓名
被保險人姓名	身分證字號	出生年月日			
受益人住址					
聯絡電話	服務機關	工作內容/職稱			

申	事故日期	就診身份： <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	事故類型： <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外
請	診斷病名/事故經過		手術名稱
事	辦案機關	承辦員警	警方電話
由			

給付方式	<input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 指定郵寄地址：_____ ※如未指定，則以受益人住址為郵寄地址。		
	<input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 受益人帳戶 <input type="checkbox"/> 前次理賠帳戶 ※本人同意上述保險金委由貴公司匯入本人下述帳戶，若因本人提供之資料有誤造成誤匯時，概由本人自行負責，且視同保險金已給付。若帳戶資料不清無法匯入，同意改開支票。若為外幣保單請加填英文戶名/Bank Swift Code 戶名：_____ 帳戶持有人身分證字號：_____ SWIFT CODE: _____ _____銀行(郵局) _____分行(局號);帳號：_____		

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

元大人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法相關規定，向 台端告知下列事項，請 台端務必詳閱。本公司因辦理您的理賠申請與查證事故經過，會需要蒐集、處理及利用您的個人資料(如姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷或醫療、健康檢查等)，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、境外理賠申請文件轉送服務、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本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，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，本公司將提供前開資料予衛生福利部死亡通報系統以進行資料比對。本公司保有您的個人資料時，您可以透過本公司免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複製本。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。若您選擇不同意提供或是提供之個人資料不完全時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能延遲或無法提供相關理賠給付。

蒐集、處理及利用病歷、醫療及健康檢查等個人資料同意事項

立書人(以下簡稱本人)同意 貴公司基於理賠申請與查證事故經過需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法所規定範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致 元大人壽保險股份有限公司

*本人同意上述事項並委任送件業務員/保險代理人或保險經紀人(即受任人)全權代為處理理賠事宜。

受益人/被保險人： _____ 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： _____
 (請檢附關係證明)

中華民國_____年_____月_____日

單位 受 理 章 保 代	單位/分行：	送件日期：	元 理 賠 受 理 欄 大 人 壽
	登錄證字號：	送件人行動電話：	
	送件人簽名：		



Z99999

【附表一】

理賠各項申請應備文件一覽表

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	身故保險金	完全失能保險金	失能保險金	重大疾病保險金	癌症保險金(初次罹患)	癌症保險金(續次申請)	醫療保險金				疾病保險金	嬰幼兒特定	完全失能扶助保險金	豁免保險費附約
							實支實付型	定額給付型	意外傷害實支實付型	意外傷害住院日額型	特定疾病保險金	退還保費		
普通診斷證明書				√	√	√	√	√	√	√	√			√
醫療費用正本收據							√		√					
醫療費用明細							√		√					
骨折X光片										√				
失能證明書		√	√											
出生證明或戶籍謄本											√			
死亡證明書或屍體相驗證	√											√		
被保險人除戶戶籍謄本	√													
受益人戶籍謄本或身份證	√	√	√								√	√	√	
相關檢驗或病理切片報告				√	√						√			
保險單(申請聲明)	√	√		√							√			
其它文件	√	√	√	√	√							√		√

【附表二】配合107年6月13日總統公布之保險法部分條文修正案，增列修正用詞對照表

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



【填寫說明及注意事項】

- 一 主契約被保險人因非屬身故之保險事故致主契約終止時，附加之長年期附約仍繼續延續。倘若欲取消附約，請另填「契約內容變更申請書」辦理。
- 二 申請書各項內容請依實際發生事實據實填寫，將有助理賠申請之辦理速度。並請受益人於申請書下方「受益人簽章欄位」簽章。若被保險人未成年，請法定代理人提供戶口名簿影本。
- 三 受益人倘因疾病或意外，致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者，請檢附監護或輔助之宣告裁定書併由監護人或輔助人提出申請。
- 四 申請於國外發生之保險事故時，請檢附護照影本及相關就診之完整病歷影本，且各項文件須經駐外館處認證，以加速理賠處理時效。
- 五 身故件之死亡原因為「解剖中」或「不詳」者，身故受益人須另檢附「解剖鑑定報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 六 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時，如該保險金係屬於強制執行法第122條第2項規定所稱之「係維持自己及其共同生活之親屬生活所必需者」，受益人得依強制執行法第12條規定，向該執行機關聲請或聲明異議。
- 七 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」規定，單次給付理賠延滯利息達新臺幣貳萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費；但具下列身分之一者，得於理賠申請時主動檢附下列文件，可免扣取補充保險費：(1)中低收入戶者：檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件。(2)未具健保投保資格或喪失投保資格者：非本國人者檢附護照影本、已除籍之本國人者檢附近三個月內戶籍證明文件。
- 八 若申請事故為意外所致，且有檢警單位協助處理時，請填寫承辦員警資料以加速理賠時效。
- 九 請務必指定「保險金給付方式」，若未填寫則一律開立支票給付。
- 十 為確保安全性及提高給付速度，保險金給付方式建議選擇電匯方式，提供之電匯資料務請完整、清晰。
- 十一 身故、完全失能、失能、醫療（心肌梗塞、冠狀動脈疾病、腦中風、慢性腎衰竭、癌症、癱瘓、重大器官移植）等之理賠申請，請另附查詢病歷同意書，同意書格式請洽客戶服務專線或至本公司企業網站下載。
- 十二 各項理賠申請應備文件請參考附表所列資料；特殊案件或附表應備文件一覽表中未列出者，所需資料由承辦人員另行通知。
- 十三 依申請項目之不同，附表應備文件一覽表中各文件之詳細內容，悉以保單條款為準。
- 十四 個人或法人、團體於理賠申請時，需提供身分證明文件或法人、團體登記證明文件、股權結構及負責人、董監事、總經理、出資25%以上股東之基本資料。
- 十五 提醒事項：保單持有人，若有資料造假、誇大保險事故理賠金額、預謀或故意製造或捏造保險事故、陳述或提供不實資訊等相當於保險詐欺之情事發生，將可能會危害到保單持有人之權益。

元大人壽客戶服務專線：0800-088008

地址：105 台北市民生東路三段156號17樓

電話：02-27517578 傳真：02-2718-1106

網址：www.yuantalife.com.tw



同意查詢聲明書

茲因申請元大人壽保險股份有限公司（下稱元大人壽）保險給付之需要，由立同意書人以被保險人(姓名：_____，生日：__年__月__日生，身分證字號：

_____)之本人父母配偶子女繼承人(關係：_____)之身分，請貴醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司、內政部移民署或其他相關之單位或個人，協助元大人壽指派之人員索引、查詢（包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作，或配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為）、問診、調閱抄錄

或影印自本次保險事故日期起算前五年內（病名：_____ 疾病/傷害）之所有就診病歷、投保資料或其他與本次保險事故相關資料（包含書面及電腦檔案），以為參證之用。申請身故保險金者，立書人同意元大人壽得將相驗屍體證明書（或死亡證明書）與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對，以確認其正確性，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、交通隊）、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位或個人

（本同意書同意由元大人壽影印後使用，影印本與正本具同等效力）。

※下列欄位須立同意書人/法定代理人/監護或輔助人親自簽章

立同意書人簽名：_____ 蓋章 身分證字號：_____ 電話(或手機)號碼：_____

事故者白天易晤地址：_____ 電話(或手機)號碼：_____

法定代理人/ 簽章：_____ 蓋章 身分證字號：_____ 監護人或輔助人

（立同意書人為未成年且未婚/為受監護或輔助宣告人者）

地 址：_____ 電話(或手機)號碼：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日



**美國海外帳戶稅收遵循法案(FATCA)暨
金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法
說明書**

一、美國海外帳戶稅收遵循法案 Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)

1. 元大人壽保險股份有限公司(以下簡稱本公司)已與美國簽署遵循《美國海外帳戶稅收遵循法案》之協議，將於 2014 年 7 月 1 日正式開始進行相關措施以符合協議之相關規範。
2. 本公司同意配合提供美國國稅局關於美國公民、綠卡持有人或其他美國稅法定義之稅務居民之相關資訊，包括美國身份之帳戶持有人姓名、地址及納稅人識別碼(Taxpayer Identification Number, 簡稱 TIN)、美國法人實質股東資訊、帳號、帳戶餘額或現值以及給付於該帳戶之總額(不區分是否為美國來源所得)或由該帳戶付款之總額(不區分是否為美國來源所得)等。
3. 若保單持有人為美國公民、綠卡持有人、美國稅務居民之個人，註冊於美國之公司，或美國企業在台之分公司或辦事處，本公司需取得美國扣繳憑證 W-9 表單，如保單持有人不同意簽署 W-9，除法令另有規定外，本公司將不予受理新契約之申請。
4. 承 3，美國稅法定義之稅務居民為美國公民及綠卡持有者或居美外籍人士在過去三年中實際居住超過 183 天之個人(前一年度實際在美國天數超過 183 天者;或前一年度不滿 183 天但超過 31 天，則須加計前二年度在美國天數的 1/3 以及前三年度在美國天數的 1/6 來判斷)。當年度在美國實際居住超過 183 天之外籍人士，若屬 F、J、M、Q 簽證持有者除外。如為公司者，則為美國註冊之公司、美國企業在台之分公司或辦事處。
5. 若保單持有人非為美國公民、綠卡持有人、美國稅務居民之個人，或非註冊於美國之公司、美國企業在台之分公司或辦事處，本公司則需取得(1) 外國人扣繳憑證 W-8 表單，或 (2)W-8 替代文件，或 (3)聲明書 (4)其他證明文件，如保單持有人不同意簽署上開文件，除法令另有規定外，本公司亦將不予受理新契約之申請。
6. 本公司為求合理經營，必須符合 FATCA 法案進行相關作業，惟保單持有人了解如有美國稅法上之義務其本應自行履行。故保單持有人同意若提交本公司之文件聲明不實而造成保單持有人直接、間接或潛在之損失，保單持有人應自行承擔，本公司不需負擔任何責任。

二、金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法

1. 依我國稅捐稽徵法第 5 條之 1 第 6 項訂定之「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法」(簡稱「CRS 作業辦法」)規定，要求金融機構須依帳戶持有人的稅務居住者身分收集並匯報相關資訊。
2. 依 CRS 作業辦法規定，本公司須取得帳戶持有人之自我證明文件，以辨識帳戶持有人其稅務居住者身分之國家/地區。有關稅務居住者的身分如何界定，將隨著每個地區或國家所訂定的內容及範圍而異。帳戶持有人須了解其居住所在地國或地區之規範，以釐清是否符合當地稅務居住者身分之定義。一般來說，法人/實體的稅務居住者身分以其設立時的註冊登記國或地區為據；無居住者身分之合夥、有限責任合夥或類似法律安排之實體，則視其為「實際管理處所所在地之居住者」。個人可能具備一個以上國家的稅務居民身分(多重居住地)，有關稅務居住者詳情，請參閱 OECD 官網對於各國稅務居住者相關法令介紹(Rules governing tax residence, <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency/#d.en.347760>)。如有任何疑問，請與您的稅務顧問或當地稅務機關聯繫。
3. 本公司依規定取得之文件將持續有效，倘狀態變動(例如帳戶持有人之稅務居住者身分變動)致所填資訊不正確或不完整，帳戶持有人應通知本公司並更新相關文件。本公司依法可能將所徵提之文件及帳戶相關資訊提供予中華民國稅捐稽徵機關，並透過稅務目的金融帳戶資訊交換提供予他方國家/地區稅捐稽徵機關。

FATCA聲明書及CRS自我證明文件暨個資同意書

當事人個人資料同意書

— 美國海外帳戶稅收遵循法遵循事宜 —

— 金融機構執行共同申報及盡職審查作業 —

元大人壽保險股份有限公司 惠鑒

本人就元大人壽保險股份有限公司為遵循美國海外帳戶稅收遵循法(Foreign Account Tax Compliance Act)及依我國「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法」(以下簡稱CRS)，應蒐集及申報有關帳戶持有人稅務居住者身分之特定資訊之必要，必須蒐集、處理及利用本人之個人資料。有關對本人個人資料利用之目的、資料類別、來源、期間、地區、對象及方式；本人依個人資料保護法第三條規定得行使之權利及方式；本人如不提供對本人權益之影響；以及間接蒐集個人資料之來源等事項如下：

蒐集之目的：

遵循美國海外帳戶稅收遵循法 (Foreign Account Tax Compliance Act)

金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)

蒐集之個人資料：

- (一) 姓名
- (二) 身分證統一編號
- (三) 國籍/稅務居民身分
- (四) 性別
- (五) 出生年月日
- (六) 地址等聯絡方式
- (七) 稅籍編號(以美國為例，為社會安全碼 SSN)
- (八) 股東個人與法人客戶間的投資關係
- (九) 其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。

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/受益人
- (二) 當事人之法定代理人、輔助人

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：

1. 本公司(含受本公司委託處理事務之委外機構)。
2. 依國內外法令規定處理利用之機構 (例如：本公司所屬金融控股公司及關係金融機構等)。
3. 依國內外法令之有權機關、金融監理機關或稅務機關(含美國聯邦政府財政部及美國國稅局 (Internal Revenue Service)、國內主管機關及主管機關將資料轉交至台端所屬稅務居民國之稅務機關。
4. 其他 台端所同意之對象。

(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。

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.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
- 2.向本公司請求補充或更正。
- 3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二)行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式(如：書面、電子郵件、傳真、或電子文件等)。



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，本公司必須依美國海外帳戶稅收遵循法之規定將 台端保單列為「不合作帳戶」(Recalcitrant Account)，如經合理期間內仍未獲 台端同意或 台端提供資料仍有不足，本公司得於符合法令規定之範圍內，採取其合理認為有必要之任何行動，以確保遵循美國海外帳戶稅收遵循法及金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法之規定。

本人特此表示同意元大人壽保險股份有限公司蒐集、處理及利用本人的個人資料。

*要保人應於要保時或變更要保人時徵提

*被保險人係指年金險之被保險人，應於要保時徵提

*受益人應於生存金/滿期金/年金給付時徵提

保單號碼：_____

<p>稅務居民身份聲明事項</p> <p>立約人具有以下居住國家或地區之稅務居民身份或指標 【立約人如同時為2個以上國家或地區稅務居住者，請勾選所有適用之居住國家或地區，得複選】</p>	<p>應額外徵提之 FATCA/CRS 相關文件</p>	
<p>A. <input type="checkbox"/> 台灣，若勾選此項，請提供身分證字號等編號 _____</p>		
<p>B. 本人不是美國納稅義務人但有以下任一美國身分跡象，請勾選符合之項目：</p> <p><input type="checkbox"/> 曾具美國公民身分(具棄籍證明)或永久居留權</p> <p><input type="checkbox"/> 出生地為美國(具棄籍證明)</p> <p><input type="checkbox"/> 美國住址或聯絡地址(含郵政信箱)或美國電話號碼</p>	<p>1. W-8BEN 替代文件</p> <p>2. 出生地為美國或曾具美國公民身分需提供棄籍證明</p>	
<p>C. <input type="checkbox"/> 美國納稅義務人</p> <p>美國公民、美國永久居留權(包含但不限於綠卡持有人)；或未持有 A、F、G、J、M、Q 等型簽證，但符合下述條件：今年停留於美國(含本土、海外領土及領海)天數累計 31 天以上；且(今年停留美國天數全數 + 去年停留美國天數之三分之一 + 前年停留美國天數之六分之一)合計達 183 天以上。</p>	<p>1. Form W-9</p>	
<p>D. <input type="checkbox"/> 其他國家或地區稅務居民</p> <p>【若勾選此項，請完成下列表格及基本資訊，並列出立約人除台灣(ROC)或美國以外之所有(i)稅務居住國家或地區及(ii)稅務居住國家或地區之稅籍編號。若立約人之居住國家或地區超過三個，請填寫於另外的表格】</p>		
<p>(i)居住國家或地區</p>	<p>(ii)居住國家或地區之稅籍編號</p>	
	<p>是 (請提供稅籍編號)</p>	<p>否 (請填寫理由A、B或C，理由B須說明無法取得稅籍編號的原因)</p>
1		
2		
3		
<p>理由 A - 立約人之居住國家或地區未核發稅籍編號予其居住者</p> <p>理由 B - 立約人無法取得稅籍編號或具類似功能的編號(若選取此理由，請解釋無法取得稅籍編號的原因)</p> <p>理由 C - 無須蒐集稅務編號(註：選取此理由限其國內法未要求蒐集稅籍編號資訊)</p>		



基本資訊，請以英文填寫 (*必填欄位)							
1	中文姓名*	Name in Chinese					
	英文姓名*	First or Given Name		Middle Name(s)		Family name or Surname(s)	
2	現行住所地址*	街道及門牌號碼(Number, street, and room or suite) : _____					
		城市/縣市(City or Town) : _____					
		州/省/區(State/Province/Region) : _____					
		國家(Country) : _____ 郵遞區號(Postcode) : _____					
3	出生日期*	Date of birth					
4	出生地*	國家或地區*:			城市*		
		Country/Jurisdiction*:			City*		

聲明及簽署 Declaration and Signature*

立約人業已收到附錄「元大人壽保險股份有限公司-個人資料保護法告知書」，了解元大人壽保險股份有限公司(以下簡稱 貴公司)為遵循外國帳戶稅收遵從法(Foreign Account Tax Compliance Act)之必要，必須蒐集、處理及利用立約人之個人資料，包含立約人之姓名、國籍、護照號碼、出生年月日、通訊方式、美國納稅人識別碼(以美國為例，為社會安全碼SSN)等。有關對立約人個人資料利用之期間、地區、對象及方式；立約人依個人資料保護法第三條規定得行使之權利及方式；立約人如不提供對立約人權益之影響；以及間接蒐集個人資料之來源等法定告知事項，立約人亦已受充分告知。立約人同意 貴公司蒐集、處理及利用立約人的個人資料。

立約人了解並同意 貴公司為證實上開聲明內容，得於必要時向立約人索取相關證明文件，以及得代理立約人向美國稅法的扣繳義務人出示 FATCA 聲明書及 CRS 自我證明文件暨個資同意書 交付 FATCA 聲明書及 CRS 自我證明文件暨個資同意書之複本，以協助立約人聲明是否為美國稅務居民。立約人並已詳細閱讀【附錄】美國海外帳戶稅收遵循法案暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法，了解並同意其規定與要求。

立約人知悉，本 FATCA 聲明書及 CRS 自我證明文件暨個資同意書所含資訊、相關帳戶持有人及任何應申報帳戶資訊，將可能申報予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，提供予帳戶持有人為稅務居住者之國家/地區的稅捐稽徵機關。

立約人證明，與本文件相關之所有帳戶，立約人為帳戶持有人(或立約人業經帳戶持有人授權簽署本 FATCA 聲明書及 CRS 自我證明文件暨個資同意書)。

立約人聲明，就立約人所知所信，於本自我證明所為之陳述均為正確且完整。立約人承諾，如狀態變動致影響本表「基本資訊及聲明事項」所述之個人稅務居住者身分，或所載資料不正確或不完整，立約人將通知 貴公司，並在狀態變動後30日內提供 貴公司一份經適當更新之FATCA聲明書及CRS自我證明文件暨個資同意書。立約人了解並同意 貴公司有權合理認定上開聲明內容之真偽或變更情形而對立約人帳戶權利為必要的處置行為，包含但不限於辦理美國稅扣繳或終止帳戶服務。

此致 元大人壽保險股份有限公司

聲明人(暨立同意書人)簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日