



文件收件確認單

為確保您的相關權益請確認，並親自簽名

下述文件之簽署確認皆經要、被保人或契約當事人詳閱並了解，且相關要保文件及保單資料之告知事項均經要保人或被保險人確認，如有虛偽，不實或不盡之情事者，願依保險法第六十四條及其他相關法規之規定，絕無異議。

保險公司/送件種類

人壽

富邦

產物

新契約/續保 送件 (請檢附並完成勾選)

※本公司未授權業務員代收保費，請依保險公司提供之繳費管道完成繳費。

- ☐ 統超保險經紀人「人身保險商品」書面分析報告
 ※若為新契約進件，請務必一同檢附建議書明細
☐ 保險公司 要保書
☐ FATCA 及 CRS 身分確認聲明書
☐ 人壽保險契約審閱期間確認聲明書
☐ 財務狀況告知書
☐ 業務員報告書
☐ 授權書/繳款證明
☐ 其他：_____

- ☐ 統超保險經紀人「財產保險商品」書面分析報告
 ※若為個案議價商品，請務必檢附報價佣金證明
☐ 保險公司 要保書/續保單
☐ 業務員報告書
☐ 繳款證明及方式：
☐ 信用卡 ☐ 超商繳款 ☐ 線上繳款 ☐ 匯款 ☐ 其他：_____

※財產保險採見費出單，請務必檢附授權資料或完成繳款之證明

其他申請 送件 (契約變更/理賠申請，請檢附並完成勾選)

- ☐ 統超保險經紀人「人身保險商品」書面分析報告
 ※若為附約加保申請，請務必一同檢附建議書明細
 或請於特殊備註欄位說明：加保險種/保額/表定保費。
☐ 契約內容變更申請文件
 (本次申請理由：_____ 必填)
☐ 個人保單理賠申請文件 (申請單據：共_____張)
☐ 代送非本公司招攬之契約內容變更申請文件
 (本次申請理由：_____ 必填)
☐ 代送非本公司招攬之個人保險理賠申請文件 (申請單據：共_____張)

- ☐ 批改申請文件
 ※申請原因(必選)：
☐ 加保
☐ 退保(需額外檢附：身分證件影本 及 帳戶影本)
☐ 過戶(需額外檢附：雙方身分證件影本 及 帳戶影本)
☐ 其他：_____
☒ 個人保險理賠申請文件(申請單據：共_____張)
☐ 代送非本公司招攬之批改申請文件
 (本次申請理由：_____ 必填)
☐ 代送非本公司招攬之個人保險理賠申請文件(申請單據：共_____張)

特殊確認事項 (以下除第五項特殊備註外，皆為業務員必要確認欄位)

- 一、要保人國籍：☐ 本國 ☐ 外國(國籍：_____ 國籍名稱)
 二、要保人是否為統一集團或協力廠商之員工？若為是，員工編號：P□□□□□□□□
☐ 是，☐ 統一超商員工(含直營店) ☐ 統一超商加盟店 ☐ 關係企業：_____ 關係企業名稱 ☐ 協力廠商：_____ 協力廠商名稱 ☐ 前項身分者之眷屬
☐ 否，介紹人：_____ 介紹人姓名 (□業務員本人)
 三、被保人是否為統一集團或協力廠商之員工？若為是，員工編號：P□□□□□□□□ *若與要保人同一人可免勾選
☐ 是，☐ 統一超商員工(含直營店) ☐ 統一超商加盟店 ☐ 關係企業：_____ 關係企業名稱 ☐ 協力廠商：_____ 協力廠商名稱 ☐ 前項身分者之眷屬
☐ 否，介紹人：_____ 介紹人姓名 (□業務員本人)
 四、如遇電訪需求時，請問要保人之合適電訪時間為：☐ 早上 9 點~12 點 ☐ 下午 13 點~17 點 ☐ 晚上 18 點~21 點
 五、特殊備註：☐ 無 ☐ 急件(即將斷保/驗車需求) ☐ 已完成保險公司報備 ☐ 已完成統超保經快速通報 ☐ 其他：_____

| 要保人簽名 | 被保險人簽名 | 法定代理人簽名 | 業務員簽名 | 受理覆核欄位 |
|----------------------------|--|--------------------------------|--|---------------------|
| 請要保人親自簽名 未滿七歲者，由法定代理人代簽 | 請被保人親自簽名 *若與要保人同一人可免簽 未滿七歲者，由法定代理人代簽 | 要/被保險人 未滿二十歲者， 需其法定代理人簽名 | 請業務員親自簽名 <input type="checkbox"/> 業務員確實告知法令相關聲明內容 | 受理人員受理章 受理人員受理編號 |

統超保險經紀人(股)公司 履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

統超保險經紀人股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第8條第1項(如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項)規定，向台端告知下列事項，請台端詳閱：

- 蒐集之目的：(一)保險經紀；(二)人身保險；(三)財產保險；(四)其他諮詢與顧問服務。
- 蒐集之個人資料類別：包含但不限姓名、身分證統一編號、聯絡方式等個人資料(詳如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/被保險人；(二)司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構；(三)當事人之法定代理人、輔助人；(四)各醫療院所；(五)於本公司各項業務內所委託往來之第三人。
- 個人資料利用之期間、地區、對象、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、產、壽險公司、財團法人金融消費評議中心、業務委外機構、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：於法令規定之利用方式。
- 依據個資法第3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、處理及利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式(致電統超保險經紀人客服電話 02-2528-6629 / 0966-699-711)。
- 台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：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作業，因此將婉謝、延遲或無法提供保險相關服務。

統超保險經紀人(股)公司 病歷、醫療及健康等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除左方告知書所列告知事項外，就台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得、台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意貴公司就本人透過貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理及利用。並符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致
統超保險經紀人股份有限公司

☒ 本人特此聲明已詳細閱讀並同意「統超保險經紀人(股)公司履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書及病歷、醫療及健康等個人資料蒐集、處理及利用同意書」

立同意書人(即被保險人)簽名：_____

法定代理人簽名：_____

※若投保要保人豁免條款，
本保單要保人(即豁免附約之被保險人)簽名：_____

聲明日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日



簽收單編號:

個人保險理賠申請書

☐A 火險 ☐B 竊盜 ☐C 颱風洪水 ☐F 旅遊不便險 ☐P 個人保險 ☐G 團體保險
 宅 ☐D 地震 ☐E 責任 ☐L 責任險 ☐H 其他 人身 ☐1 意外醫療 ☐2 一般疾病 ☐3 癌症
 保險 ☐4 意外身故 ☐5 意外失能

| | | | |
|---|--|--|--|
| 團險要保單位 | | *事故發生地點: <input type="checkbox"/> 同標的物地址 使用性質: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣/市 鄉/鎮/市/區 <input type="checkbox"/> 海外 | |
| *事故發生 <input checked="" type="checkbox"/> 年 月 日 時 分 | | | |
| *被保險人 (團險員工本人) <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 出生 年 月 日 | *身分證號 <input checked="" type="checkbox"/> | 就診身分 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 車牌號碼 |
| *事故人 (附加被保險人) <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 出生 年 月 日 | *身分證號 <input checked="" type="checkbox"/> | 與被保險人關係 |
| *事故人電話 <input checked="" type="checkbox"/> | 市話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市 鄉/鎮/市/區 | *手機 <input checked="" type="checkbox"/> | *(填寫行動電話將做為發出理賠簡訊服務之用) |
| 通訊地址 E-mail: | | (本公司以電子郵件寄發理賠通知) | |

警方處理單位 分局 派出所/交通隊 處理警員: 電話

☒是否投保其它保險公司保險: ☐否 ☐是, 如是請告知:

*請詳述事故發生經過(請據實填寫, 以免影響理賠權益): 工作中發生 ☐是 ☐否, 工作內容:

*付款 ☐支票 委託代領票人 電話 領票地-富邦產物 ☐總公司/ 分公司

*方式 ☒匯款(請附存摺影本) ☐匯入前次(二年內)理賠帳號 帳戶為 ☐1 受益人 ☐2 受益人之法定代理人的帳戶

| | |
|-------------------------------|--|
| 戶名/身分證號 | <input type="checkbox"/> 郵局 |
| <input type="checkbox"/> 同事故人 | <input type="checkbox"/> 金融機構名稱: 銀行 分行(支庫) |
| 金融機構名稱代號 | 匯款帳號 |

本公司僅會蒐集因上述事項與事故經過相關的查證等業務所必要之個人資料, 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督管理委員會處理及利用, 若申請項目為身故保險金時, 為確認本代理申請所檢附相關證明書(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, 您可以至本公司各服務中心或透過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, 您可以以書面通知補充或更正, 但依法應為適當的理由說明; 若尚有其他疑義時, 您也可以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。
詳細內容請參閱富邦產險官網(www.fubon.com)

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書
 富邦產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定, 關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為之蒐集、處理及利用, 除本公司「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外, 就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用, 將於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理, 本公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料, 本公司將可能無法提供 台端相關理賠之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)已瞭解上述說明, 並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內, 得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料, 以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。立同意書人併此聲明, 此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致 富邦產物保險股份有限公司

*立同意書人 法定代理人
 即被保險人/受益人簽章: 監護人/輔助人簽章:
 -本人申領保險給付, 已確認上列相關資料正確無誤, 本件為保險經紀人公司送件申請時, 由保險經紀人公司代理簽收理賠給付通知書
 -受益人為未成年人、受監護或輔助宣告之人時, 應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽名同意
 -申請理賠項目若非屬人身保險, 則同意書簽名不包含"病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用"之授權

*送件人員(見證人)簽章: ☐1 登錄證號 ☐2 身分證號:
 行動電話: 員工編號: 單位:

(本申請書上受益人之簽名, 或其身分證影本之真實, 均係由本人見證, 且本人保證無任何其它虛偽情事) 中華民國 年 月 日

| | | | | | | |
|------|----|------|----|--------|----|----|
| 賠案號碼 | 理賠 | 接案日期 | 人員 | 跨售窗口專用 | 日期 | 人員 |
|------|----|------|----|--------|----|----|

理賠經辦：_____ 電話：_____ 收件日：_____ 年 _____ 月 _____ 日

| 簽收文件 | 申請項目 應備資料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 醫療費用 | 失能 | 身故 | 責任險 | 住宅火險 | 住火第三人 | 旅行綜合險(備註) |
| | 理賠申請書 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | 保單或投保憑證影本 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| | 事故證明 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 火災證明 | | ✓ |
| | 診斷證明書正本 | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| | 醫療費用收據正本 | 實支件 | | | | | | |
| | 病理切片報告/檢驗報告 | 癌症件 | | | | | | |
| | X光片(碟) | 骨折件 | | | | | | |
| | 受益人之身分證明 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| | 除戶戶口名簿謄本 | | | ✓ | | | | |
| | 法定繼承人聲明書 | | | ✓ | | | | |
| | 繼承系統表 | | | ✓ | | | | |
| | 死亡證明書 | | | ✓ | | | | |
| | 存摺影印本 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ |
| | 費用單據 | | | | ✓ | | | |
| | 和解書及體傷或財損相關資料 | | | | ✓ | | ✓ | |
| | 損失清單 | | | | ✓ | ✓ | | 行李、票證 |
| | 修復估價單 | | | | | ✓ | | |
| | 建物所有權狀或房屋稅單 | | | | | ✓ | | |
| | 其他： | | | | | | | |

備註：旅遊綜合險所需理賠相關文件請參考保單條款所載內容

送件人：_____ 電話：_____ # _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請注意事項：

1. 醫療費用及失能保險金，受益人為被保險人本人。
2. 若賠款賠付受益人之法定代理人的帳戶，請提供受益人與法定代理人之關係證明及匯款同意書。
3. 受益人為未滿七歲，應由法定代理人代簽申請書。
4. 受益人為未滿二十歲且未婚之未成年人，除本人簽章外，尚須法定代理人簽章。
5. 如有需要，本公司得向被保險人要求另行提供必要資料。

富邦產物保險各區郵寄申請地址

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 台北市 客服一部: 10487 台北市中山區遼寧街179號7樓 | 電話:(02)6636-7890 #58865 |
| <input type="checkbox"/> 新北市 客服二部: 22041 新北市板橋區文化路一段 266 號 3 樓 | 電話:(02)6620-0068 #123 |
| <input type="checkbox"/> 基宜花 東區客服: 26550 宜蘭縣羅東鎮公正路 197 號 3 樓 | 電話:(03)905-5066 #502 |
| <input type="checkbox"/> 桃竹苗 桃苗客服: 33042 桃園市桃園區三民路三段 245-1 號 4 樓 | 電話:(03)262-2688 #123 |
| <input type="checkbox"/> 中彰投 中區客服: 40357 台中市西區柳川西路二段 196 號 8 樓 | 電話:(04)3608-0001 #280 |
| <input type="checkbox"/> 雲嘉南 嘉南客服: 70054 台南市中西區民生路二段 279 號 8 樓 | 電話:(06)600-6880 #123 |
| <input type="checkbox"/> 高鳳屏 高屏客服: 80048 高雄市新興區民族二路 95 號 12 樓 | 電話:(07)969-8998 #123 |

臨櫃辦理或其他申請地點請洽免付費專線 0800-009-888

收件人：_____

同意查詢聲明書

茲因申請富邦產物保險股份有限公司(下稱富邦產險)保險給付之需要，

立書人 ✓ _____ 以被保險人 ✓ _____ 身分證號碼：
✓ _____ (關係為 ☐ 本人 ☐ 受益人 ☐ 法定代理人或監護人) 之身分同意
委託富邦產險向 貴機構/單位索引、查詢、調閱、抄錄或影印被保險人自契約生效日：
民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日之前五年內迄本聲明書簽章日為止，不限科別之特定疾
病的相關病歷 (病名： _____) 或本案保險事故資料，
以為參證之處理及利用，本人並同意富邦產險就本聲明書得影印使用，其影本與正本
具相同效力。

此致

有關醫療機構、警察機關、消防機關、監理機關、海巡機關、或其它相關單位及個人

立書人簽章 ✓ _____ 身分證號碼 ✓ _____

電話(或行動電話)號碼 : ✓ _____

法定代理人/監護人/輔助人簽章： _____ 身分證號碼： _____

(如立書人為未成年人或受監護或輔助宣告之人，請法定代理人、監護人或輔助人一併簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

中 華 民 國 年 月 日

親愛的保戶您好，請閱讀下列說明事項

- 一、本聲明書僅供向醫療機構調閱事故人病歷或查證事故紀錄經過之用，不另做其它用途。
 - 二、若您此次申請不需藉由查詢病歷評估，本公司將會從速辦理，若經評估本案需要查詢病歷而您未簽名同意時，本公司即須通知業務同仁再次勞煩您簽名，如此將會造成您時間上的不便，也將影響辦理的進度，所以請您於申請理賠的同時再於此頁簽名同意。(部分醫院需要該院的制式表格，可能需要再行簽名，業務同仁將通知您協助)。
- 您已簽名的部分，本公司將本於誠信及保護您個人資料安全的最高原則下保管及使用，感謝您的協助，富邦產險敬祝您平安健康。