



注意事項:

1. 為加速理賠時效，請詳細填寫本申請書並提供所需文件。
2. 因應理賠作業之需要，請務必填寫同意調查聲明書；醫療院所或機構有特別要求之專用格式同意書者，亦請一併填寫。
3. 本公司於收齊文件後十五日內未為本保險金之給付時，且其可歸責於本公司事由者，按年利一分加計利息給付。
4. 免付費服務專線：0800-66-1311

英屬百慕達商滙豐人壽保險國際有限公司台灣分公司
保險金給付申請書

保單號碼		送件單位		保經代受理日期	理賠部受理日期
被保險人姓名		送件人員			
身分證字號		送件人員身			
出生年月日		分證字號			
居住地址					
電話	住家()	公司()	分機號碼	手機	
投保其它保險公司之名稱及險種					
申請項目	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 全殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 癌症保險金 <input type="checkbox"/> 住院保險金 <input type="checkbox"/> 提前給付保險金 <input type="checkbox"/> 重大傷殘保險金 <input type="checkbox"/> 未支領保險金 <input type="checkbox"/> 門診保險金 <input type="checkbox"/> 急診保險金 <input type="checkbox"/> 其它 _____				
附件明細	<input type="checkbox"/> 診斷證明書 _____ 份 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 _____ 份 <input type="checkbox"/> X光片 _____ 份 <input type="checkbox"/> 病理組織檢查報告 _____ 份 <input type="checkbox"/> 身份證影本 _____ 份 <input type="checkbox"/> 收據影本 _____ 份 <input type="checkbox"/> 保單 _____ 份 <input type="checkbox"/> 其它文件 _____ 份				
事故及就醫經過詳情請詳述					
就診醫院診所	地址	日期	電話		
給付方式限以郵寄支票或匯款二擇一(美利年年外幣利率變動型終身保險外幣保單限匯款) * 匯款帳戶限於被保險人本人(受益人)或身故受益人帳戶。填寫戶名非上述受益人時，本公司直接開立受益人本人支票。若有多位受益人，其保險金額之計算及給付依保險契約約定。					
<input type="checkbox"/> 郵寄支票 地址 _____ <input type="checkbox"/> 匯款 中文姓名 _____ 英文姓名 _____ 帳號 _____ BANK SWIFT CODE _____ 機構名稱 _____ 銀行 _____ 分行 _____					
* 茲依保險單條款約定提出理賠申請，並同意 貴公司得將被保險人有關本件理賠申請案之相關資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其他保險公司受理理賠時之參考或法令規定之正當用途，以為參證之用。特立此書為證。					
申請人(受益人) _____ 職業 _____ 身故件之申請人為身故受益人，其他申請項目即為被保險人本人，若有多位受益人，均需簽名 法定代理人/輔助人/監護人 _____ 未成年人或受輔助宣告/監護宣告之人需由法定代理人/輔助人/監護人簽名					
西元 年 月 日					

同意調查聲明書

被保險人 _____ (西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日生) 投保英屬百慕達商滙豐人壽保險國際股份有限公司台灣分公司 (以下簡稱滙豐人壽) 之保險契約, 茲因理賠作業之需要, 本人(即申請人) _____ 以該保險契約之被保險人/受益人/法定代理人/輔助人/監護人身份授權醫療院所及相關單位, 可提供被保險人自契約生效日西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日前五年內迄本同意調查聲明書簽署日止之病症、病歷、就診紀錄及保險事故相關筆錄、報告等資料予滙豐人壽及其指派之人員。此授權書之影本與原本具同等效力。

此致

各有關醫院(診所)、相關單位

立聲明書人簽章：

(蓋章)



身份證號碼：

法定代理人

輔助人/監 簽章：

護人

(蓋章)



身份證號碼：

年 月 日

保險單遺失切結書

茲因遺失前開保險單, 無法行使其保險契約權利, 經蒙 貴公司准允免附。

本人今鄭重聲明該原保險單作廢, 嗣後如因他人冒用或任何原因致涉法律、金錢、保險或其他爭端時, 本人願負完全責任, 絕無異議, 特此聲明。

此致 英屬百慕達商滙豐人壽保險國際有限公司台灣分公司

要保人：_____

法定代理人/輔助人/監護人：_____

申請日期：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日