

法商法國巴黎產物保險股份有限公司台灣分公司

理賠申請需知

親愛的保戶：

您好！收到您生病的通知，我們非常的關切！謹致上最誠摯的祝福，願您一切平安！隨函附上相關資料以備申請理賠之需。請按本需知填寫相關文件後寄回本分公司，以俾迅予審核給付理賠金。在此感謝您的協助，並祝早日康復！

壹、如何填寫理賠申請書

- 一、申請項目：請您使用本分公司保險金申請書，申請項目勾選癌症。
- 二、被保險人基本資料：請填寫您的保單號碼、發生事故時職業、工作內容、姓名、身分證字號、生日及郵寄住址及聯絡電話(請詳實填寫)。
- 三、聯絡電話：請填寫您的電話。
- 四、郵寄地址：若係支票，將以限時掛號寄出，因此，請留下白天有人能簽收信件的地址。
無論匯款或開立支票，均會郵寄給付明細以供參考。
- 五、事故經過：請留下事故發生的日期、時間、地點。
- 六、請敘述事情發生經過：由於我們對整個事故完全沒有概念，必須透過您的敘述我們才能了解生病經過。因此，罹癌過程如何、曾作何種治療等資訊，您寫的越仔細，我們理賠速度才能加快。
- 七、投保其他保險公司名稱：請填寫被保險人有投保那些保險公司。
- 八、否是 本案本人同意 貴公司可向投保之保險公司查詢申請理賠：為使理賠順利，如您已向其他公司申請理賠且同意我們可以向他們查詢時，將可加速審理之時間。
- 九、就診醫療院所名稱、電話、地址：請詳述生病後就診的醫院名稱、就診日期。
- 十、檢警單位名稱：可以不必填寫。
- 十一、付款方式：受益人可選擇匯款或支票兩種給付方式，但實務上常有支票遺失或因受益人不在家，致無法收取掛號郵件，需另行前往郵局領取支票等情事；另外支票需透過銀行交換亦有等待時間，造成受益人無法即時取得，所以本分公司較為建議匯款給付理賠金。如選擇匯款者，只需正確載明受款人戶名及銀行帳戶資料並檢附存摺影本，本分公司將可更快處理。
- 十二、聲明事項：如已遺失保單，可依據聲明事項同意聲明原保單作廢，不必另填寫保單遺失切結文件。
- 十三、個人資料保護法告知義務：依據法令，本分公司有義務讓申請人知悉在個人資料保護法下的相關權利義務。
- 十四、病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集處理及利用同意書：依據法令，本分公司需經當事人同意，若不同意 本分公司蒐集處理及利用，本分公司將可能無法提供相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。
- 十五、申請人/立同意書人(受益人)簽名：請所有受益人親自簽名。
- 十六、法定代理人/監護人簽名：受益人為未成年人或受監護宣告人時，需法定代理人/監護人簽名(請附上證明文件)。
- 十七、通路受理編號、通路或分行名稱、送件單位、送件人員：此欄位僅供銀行或保代填寫，一般理賠申請人，不必填寫。

法商法國巴黎產物保險股份有限公司台灣分公司

貳、如何填寫「調閱病歷同意書」

- 一、請立授權人寫上姓名於立授權書人欄位內。
- 二、基本資料欄：將被保險人(往生者)填上姓名/出生年、月、日/身分證字號；如您已知保單號碼也請您一併填入該保單號碼資料。
- 三、與被查詢人之關係為何，請在本人法定代理人繼承人監護人輔助人，勾選適當之身分欄位。
- 四、調閱病歷資料用途：請勾選申請商業保險理賠。
- 五、在被查詢人就診資料查閱範圍：請勾選查詢自 年 月 日往前回溯 年(不得超過 5 年)之全部門、急診紀錄；另外，也請勾選前開期間內如有在 貴醫院(診所)住院者，另提供期間內各次住院之全部出(住)院病歷摘要，【此部份可由您的承辦人告知您應填寫日期及如何勾選】。
- 六、於立授權書人另聲明同意下列事項：請勾選被授權人得以正式公文檢附本授權書影本向貴醫院(診所)申請查詢，並應於本授權書影本加註「本影本與正本相同，如發生異議，一切由被授權人負完全法律責任。」之文字並加蓋與公文相關之專用圖記作背書者，立授權書人同意該授權書影本與正本具同等效力。
- 七、若立授權人未成年(即未滿廿歲)，請法定代理人於立授權人後簽名蓋章；若立授權人年幼尚不識字(未滿七歲)，法定代理人簽章即可，但需附法定代理人與被保險人關係證明文件(身分證影本或戶口名簿影本)。
- 八、請立授權人在同意書最下面，填上立授權人之姓名並蓋章/身分證字號/地址/連絡電話及填寫申請書的日期。
- 九、被授權人為本分公司，此欄由本分公司自行填寫。

參、要提供那一種「診斷證明書」、「相關檢驗或病理切片報告」

- 一、請提供診斷證明書正本。
- 二、或蓋有醫療院所「紅色大章」的診斷證明書「副本」(恕不接受影本)。
- 三、請提供經登記合格的醫院出具之相關檢驗或病理切片報告；如為罹患類癌，被保險人應出具相關病理切片報告、血液細胞學檢查報告或其他足以證明為罹患「惡性」類癌之相關檢驗報告(恕不接受影本)。

法商法國巴黎產物保險股份有限公司台灣分公司

病歷資料調閱授權書

衛生福利部 103.9.11 衛部醫字第 1031665919 號函檢送

立授權書人_____茲授權法商法國巴黎產物保險股份有限公司台灣分公司(下稱被授權人)向 貴醫院(診所)查詢並以書面方式提供醫療相關資料,授權查詢事項如下:

一、被查詢人基本資料

姓 名: _____

出生年月日: _____年____月____日

身分證統一編號: _____

二、與被查詢人之關係(請勾選)(註1)

本人

利害關係人(請同時勾選下列項目其中一項)

法定代理人 繼承人 監護人 輔助人

三、調閱病歷資料用途(請勾選)

投保商業保險

申請商業保險理賠

申請商業保險契約內容異動變更(請同時勾選下列項目其中一項)(註2)

補行告知 契約轉換 增加保險金額

四、被查詢人就診資料查閱範圍(請就查詢範圍勾選後依示填寫)

被查詢人在 貴醫院(診所)之全部門、急診紀錄

如有在 貴醫院(診所)住院者,另提供各次住院之全部出(住)院病歷摘要

查詢自 _____年____月____日往前回溯____年(不得超過5年)之全部門、急診紀錄

前開期間內如有在 貴醫院(診所)住院者,另提供期間內各次住院之全部出(住)院病歷摘要

特定就診資料

查詢期間: _____年____月____日前____年(月)內。

就診科別: _____(應具體列明,但不以一科為限)

就診病名: _____(應具體列明,但不以一項病名為限)

查詢項目(請勾選,可複選):

門、急診紀錄 出(住)院病歷摘要 檢驗紀錄 護理紀錄

其他(請填寫)_____

五、授權有效期間:本授權書書立日期起6個月。

六、被授權人對於因本件授權而取得之任何資料、文件、訊息等,不得違法利用侵害立授權書人、被查詢人或其他任何人之權益。被授權人如違反上開約定,應依法負擔民事、刑事及行政法等法律責任。

(本病歷資料調閱授權書共分2頁,此為1/2頁)

法商法國巴黎產物保險股份有限公司台灣分公司

病歷資料調閱授權書

103.09

立授權書人另聲明同意下列事項：

一、請就下列事項勾選，未勾選者視同僅同意以本授權書正本向 貴醫院(診所)申請查詢。

被授權人應以正式公文檢附本授權書正本向 貴醫院(診所)申請查詢。

被授權人得以正式公文檢附本授權書影本向 貴醫院(診所)申請查詢，並應於本授權書影本加註「本影本與正本相同，如發生異議，一切由被授權人負完全法律責任。」之文字並加蓋與公文相關之專用圖記作背書者，立授權書人同意該授權書影本與正本具同等效力。

二、立授權書人已知悉本授權書所授權查閱之病歷資料內容，可能含有人類免疫缺乏病毒傳染病或其他法定傳染病之資料。被授權人應向立授權書人當面口頭詳細說明，讓立授權書人確定知悉其可能授權之範圍和風險，立授權書人亦可保有相關撤回之權利。

三、因本授權書內容或效力所生之爭議，應由被授權人負責，概予 貴醫院(診所)無關，立授權書人或被查詢人不得向 貴醫院(診所)為任何法律上之主張。

此致

貴醫院(診所)

立授權書人簽名及蓋章：_____

身分證統一編號：_____

聯絡地址：_____

聯絡電話：(____)-_____

被授權人：_____

聯絡地址：_____

聯絡人姓名：_____

聯絡電話：(____)-_____

本授權書書立日期： 中華民國 _____年 _____月 _____日

註： 1. 利害關係人授權申請者，應同時檢附立授權書人之身分證明文件影本及證明與被查詢人間具有本授權書上所記載利害關係之文件影本(如戶口名簿、除戶戶籍謄本、法院裁定等，視利害關係人之身分提出之)。

2. 「補行告知」係指保險契約投保後簽發保單前新發生或發現影響保險公司危險估計之事項，由要保人(被保險人)向保險公司再行告知；「契約轉換」係指要保人以現有保險契約申請轉換為同一人壽(產物)保險公司之其他保險契約；「增加保險金額」係指要保人以現有保險契約申請增加保險金額。

(本病歷資料調閱授權書共分2頁，此為2/2頁)