

保險金申請書

保險金請求書

掃描右方 QR-code，
掌握更多訊息。



南山人壽 LINE 南山人壽 APP

右の QR-code を
スキャンもっと情報を
ゲットしましょう。

南山人壽 LINE 南山人壽 APP

保單號碼 ☐ 原朝陽人壽保單 保險証券番号 ☐ 旧朝陽人壽保險		本次申請範圍為 個人保險 ☐ 團體保險 ☐ 旅平險 ，並填寫下列相關欄位（若未勾選，視為同意申請所有符合合理賠要件且可理賠之保單） 今回請求の範囲 個人保險 ☐ 団体保險 ☐ 旅行保險 ，下記の欄をご記入ください。（ ☐ しない場合、すべて適合する保険を請求することに みなします。）				
		個人保險：	_____（填寫一張有效保單號碼代表即可）		旅平險：	_____（填寫一張有效保單號碼代表即可）
		個人保險：	_____（有効な保險証券番号一つのみ）		旅行保險：	_____（有効な保險証券番号一つのみ）
		團體保險：	要保單位名稱：_____ 保戶編號：_____ 保單號碼：_____			
		團體保險：	員工（成員）姓名：_____ 員工（成員）工號：_____			
		團體保險：	加入団体名稱：_____ 保險加入番号：_____ 証券番号：_____			
		團體保險：	社員（メンバー）名前：_____ 社員（メンバー）番号：_____			
與主被保險人／與團體保險員工（成員）關係 ☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母（家庭型保單請務必填寫該保單號碼並勾選上列關係） 主な被保險者／単体保險社員（メンバー）との関係 ☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母（家庭型保險は当該保險証券番号と關係を記入）						
被保險人姓名 被保險者名前		身分證統一編號 身分證明書統一番号		出生日期 生年月日		
				中華民國 年 月 日 中華民国 年 月 日		
聯絡地址： 住所：		縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓 之 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 鄉 階 の				
領取方式 受領方式	☐ 同前一次理賠帳戶（匯款銀行：_____） ☐ 匯款至受益人帳戶 ☐ 保險金信託（請檢附保險金信託帳戶資料） ☐ 前回と同様口座（振込銀行口座：_____） ☐ 受益者口座へ振込 ☐ 保險金信託（保險金信託口座資料を添付） ☐ 匯款至法定代理人帳戶（限未成年之醫療保險金受益人，並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時，視為受益人已承認對其為給付） ☐ 法定代理人口座へ振込（未成年者の保險金受益者のみ、弊社が金額を法定代理人口座へ振込完了時点で受益者が受領したことにみなします）					
	戶名：		☐ 郵局 ☐ 銀行／合作社／農會 ☐ 郵便局 ☐ 銀行／信金／農會			
	口座：		銀行 合作社 分行 分社 辦事處 農漁會 銀行 支店 支社 オフィス 信金 農漁會			
	通匯代碼 振込コード		帳號 口座 （銀行代號） （分行代號） （銀行コード） （支店コード）			
由左而右填寫，不足位者請留空不用補0，未填寫或帳戶資料不正確，將以禁止背書轉讓支票給付 左から右へ記入，桁数が足りない場合0を記入しないでください。未記入や記入内容が正しくない場合、譲渡不可手形で給付します。						
☐ 外幣帳戶（僅供外幣保單使用）（上方帳戶是外幣帳戶時，請另提供帳戶之英文姓名，以利匯款），英文姓名： ☐ 外貨口座（外貨保險のみ適用）（上記口座が外貨口座の場合、振込処理のため口座の英語名前を提供してください。），英語名：						
☐ 禁止背書轉讓支票（支票金額超過新臺幣 20 萬元時加劃平行線） ☐ 讓渡禁止手形（手形の金額が台湾元 20 萬元を超えた場合は二重線を加えます）						
保險金給付通知書請以下列方式擇一送達，同時勾選多項時則應先以簡訊方式送達，若簡訊、E-MAIL 失敗時或未勾選，即以聯絡地址郵寄紙本 保險金給付通知書は下記の方式のいずれで送達してください，同時に複数を選擇した場合は優先にショートメッセージで通知します。ショートメッセージ、E-メール送信できないまたは選擇されていない場合は住所へ郵便で送付します。						
1. ☐ 以行動電話簡訊通知： ☐ 同上聯絡電話 ☐ 另填寫行動電話：_____（如勾選並填寫此欄位，受理簡訊將改寄發至此） 1. ☐ ショートメッセージで通知： ☐ 連絡先同上 ☐ 別の連絡先：_____（本項目を選択した場合、受理メッセージはこの連絡先に通知します）						
2. ☐ E-MAIL： ☐ @						
您亦可掃描右上方 QR code 南山人壽 LINE 官方帳號，加入好友並綁定南山人壽會員，立即享有個人化服務。 ページ先頭の QR code 南山人壽 LINE 公式アカウントを加入し南山人壽会員になるとパーソナルサービスを受けられます。						
申請類別 請求種別		申請項目 申請項目 ☐ 疾病 ☐ 疾病 ☐ 意外 ☐ 事故				
		* 配合保險法修正，殘廢用詞調整為失能，被保險人權益不受用詞調整影響。 * 保險法の改正によって「障害者」は「機能喪失」に変更するが、被保険者の権利に影響しません。 1. ☐ 醫療 ☐ 門診 ☐ 職業災害 2. ☐ 重大疾病 ☐ 初次罹患癌症 ☐ 生命末期提前給付 1. ☐ 医療 ☐ 診断 ☐ 労災 2. ☐ 重大疾病 ☐ 初回がん診断 ☐ 終活前倒し給付 3. ☐ 重大燒燙傷 ☐ 長期照顧 ☐ 豁免保費 4. ☐ 身故 ☐ 完全 / 部分失能 5. ☐ 差額給付證明 ☐ 其他 3. ☐ 重大やけど ☐ 長期介護 ☐ 保險金免除 4. ☐ 死亡 ☐ 全部 / 一部機能喪失 5. ☐ 差額休風証明 ☐ その他				

			* 職業災害要保單位是否已先行給付應付之保險金？ * 労災の場合加入団体が給付保険金を立替えましたか？ ☐是（請提供職業災害補償金墊付證明暨債權讓與同意書及其相關證明文件。） ☐否 ☐はい（労災補償金立替証明兼債權讓渡同意書およびその他の関連文書を提供してください。） ☐いいえ				
意外事故内容 事故内容 (申請意外理賠時填寫) (事故補償申請時記入)	☐ 與前次事故相同 ☐ 前回事故と同様	☐ 新事故發生時間：中華民國 年 月 日 上午 時 分 ☐ 新事故發生時間：中華民國 年 月 日 午前/午後 時 分					
	報案日：		處理單位：		承辦人：		電話：
	申告日：		対応部署：		担当者：		電話：
	請詳述保險事故發生地點、原因、經過情形、事故時職業及工作內容 (如有報案或警方證明文件等，請提供相關資料) 保險事故發生場所、原因、經緯、事故時的職業および職務内容を詳しく記入 (通報または警察関連文書がある場合は添付)						
壽險業履行個人資料保護法告知義務內容 生命保險業個人情報保護法施行告知義務內容 南山人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第八條第一項、第九條第一項及第六條第二項規定，向您告知下列事項，請您詳閱： 一、 蒐集之目的：（一）00—1人身保險（二）06—9契約、類似契約或其他法律關係事務（三）09—0消費者、客戶管理與服務（四）—1—8 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。二、 蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、及與事故經過相關的查證個人資料等(包含本件保險契約於申請本次理賠前「例如於投保或申請契約變更時」非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如本申請書及應備文件內容所載。三、個人資料之來源：（一）要保人。（二）您或您的法定代理人、輔助人。（三）本公司各項業務內所委託往來之第三人。四、個人資料利用之期間、對象、地區、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、要保單位、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、業務委外機構、業務合作機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監督機關。（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。五、依據個資法第三條規定，您就本公司保有您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.查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.請求補充或更正。3.請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。（二）行使權利之方式：除以電話查詢個人資料或本公司另有規定外，行使權利之方式以書面為之，如有疑問，您得與本公司客戶服務專線：0800-020-060 聯絡，本公司將協助處理相關請求。六、您不提供個人資料所致權益之影響：若您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，因此可能延遲或無法提供您相關服務或給付。 南山人壽保險股份有限公司(以下、弊社という)は個人情報保護法(以下、個人情報法)第八条第一項、第九条第一項および第六条第二項の内容に従い、下記の事項を告知します。ご確認ください。 一、 一、収集の目的：（一）00—1人身保険（二）06—9契約、類似契約またはその他法律関係事務（三）09—0消費者、顧客管理とサービス（四）—1—8 その他経営と営業登録項目または組織規則に定めた業務。二、収集する個人情報の種別：名前、住所、電話、身分証明書統一番号、生年月日、職業、電子メール、金融機関口座および病歴、医療、健診結果および事故経緯関連個人調査資料など(保険契約における今回請求前「保険加入または契約変更申請時」(本人より弊社に個人情報を提供するではない場合)を含み、詳細は本請求書及び添付文書内容に記載の通りです。三、個人情報の提供元：（一）保険加入者。（二）本人または本人の法定代理人、輔助人。（三）弊社各業務範囲内における委託関係の第三者。四、個人情報の利用期間、対象、地域、方式：（一）期間：業務遂行に必須または法律に定めた保管期間。（二）対象：弊社、保険加入団体、中華民国人壽保險商業同業組合、中華民國產物保險商業同業組合、財団法人保險事業發展センター、財団法人金融法制犯罪防止センター、財団法人金融消費評定センターまたはその他消費紛争仲裁機関、業務受託機関、業務連携機関、弊社と保険業務連携のある法人、法律上調査権限のある機関または金融管理機関。（三）地域：前記対象の所在地域。（四）方式：法律に定めた利用方式。五、個人情報法第三条に従い、本人は弊社が当人の個人情報の保有および利用権と方式：（一）弊社の利用権：1.検索、閲覧請求または副本の発行請求。2.補充と訂正の請求権。3.収集、処理または利用、削除の請求権。（二）権利行使の方式：電話にて個人情報の検索または弊社別途規定を除き、権利行使の方式は書面を通して行います。お問い合わせ等々は弊社コールセンター：0800-020-060にご連絡すると、弊社は関連リクエストに対応します。六、個人情報提供の拒否による権利損害の恐れ：個人情報提供拒否時、弊社は必要な審査、処理が延期または対応不可になり、それによって関連サービスや給付が延期または対応不可になる恐れがあります。							
病歴、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項 病歴、医療および健康診断結果など個人情報の収集、処理および利用に対する同意事項 本人(被保険人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之病歴、醫療及健康檢查等個人資料。 本人(被保險者)は貴社が本人関連病歴、医療および健康診断結果などの個人情報の収集、処理および利用における正確性調査を行うことに同意します。 本人同意 貴公司将本次理賠申請所檢附的相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料進行比對，以確認內容的正確性。 本人は貴社が今回の請求に添付される死体検案書(または死亡証明書)と関連機関の死亡通知システムに照合し正確性調査を行うことに同意します。							

要保單位 / 保經代簽章 加入団体 / 担当者代理 署名
Ld03

本人同意上述事項，並同意 貴公司得將理賠申請相關文件 / 資訊由右列送件人轉知予本人。 本人は上記事項、および貴社が保険金申請文書/情報を右欄の送達人を経由し本人へ通知することに同意します。	
請務必親自簽名 本人署名必須	立書人(即被保險人)/受益人簽名： 受託人(為法人) ☐是 ☐否可發行無記名股票 受託者(法人)は無記名株式発行可能か？ ☐はい ☐いいえ (勾否否、無須填下題) (いいえを選択は次の項目記入不要) 受益人(為法人) ☐是 ☐否已發行無記名股票 受益者(法人)は無記名株式発行したか？ ☐はい ☐いいえ 受益人非中華民國國籍者請註明國籍 受益人非中華民國國籍ではない場合は国籍を記入 記入者(被保險者)/受益者署名： 申請外幣保單，請填寫中英文姓名 外貨保險の場合は中英文名前を記入
	法定代理人/監護人/輔助人簽名： 受益人為未成年或受監護宣告、輔助宣告者時，請填寫。 受益者が未成年者または被保護宣告、被補助宣告を受けた場合は記入。 倘法定代理人非要保人請另檢附關係證明文件。(如戶口名簿影本等) 法定代理人が保険加入者ではない場合本人との関係証明文書を添付。(例：戸籍謄本など) 法定代理人/保護者/輔助人署名：
	申請日期：中華民國 年 月 日 請求日付：中華民國 年 月 日

送件人通路 送達人ルート		收件單位 受理欄 受理部署 受理欄
☐ 業務員 / 業務員代碼： ☐ 營業 / 營業コード：		
☐ 保經代 ☐ 担当者代理 銀行代碼： 銀行コード： 分行名稱： 支店明： 分行單位代碼： 支店コード： 登錄證號碼： 登錄番号： 聯絡電話： 連絡先：		其他送件管道 その他の送達ルート ☐ 本人 ☐ 本人 ☐ 親友 ☐ 親友 ☐ 郵寄 ☐ 郵送
送件人簽名 送達人署名		

★申請各項保険金所需檢附文件及注意事項
各保險金請求時必要な添付資料および注意事項

- 一、申請各項保險金所需檢附文件一覽表
- 一、各保險金請求時必要な添付資料一覽表

申請項目 申請項目 具備文件 添付資料	身故死亡			失能機能喪失		長期照顧保險金 / 完全失能生活扶助 生活保險金 生活保險金	重大疾病 重大疾病		豁免保費 保險料免除				醫療治療			失蹤 / 意外失蹤 行方不明 / 事故行方不明	職業災害 労災			
	一般疾病身故	癌症身故	意外身故	完全失能	部分失能 / 重大燒燙傷		重大疾病 / 首次罹患癌症	生命末期提前給付	被保險人	要保人			傷害醫療 / 住院醫療 / 癌症醫療	創傷縫合處置保險金	緊急醫療運送保險金		骨折津貼 (PBB/DHI)	死亡給付	失能給付	傷病給付 (醫療期間不能工作之工資補償)
										重大燒燙傷	重大疾病	重大疾病								
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
保險金請求書	✓	✓						✓												
死亡證明書	✓	✓							✓							✓	✓			
死亡証明書																				
相驗屍體證明書			✓																	
死体検案書										✓										
被保險人之除戸籍謄本	✓	✓	✓													✓				
被保險者の除籍戸籍謄本																				
受益人身分證明	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓		
受益者身分証明書																				
診斷證明書 / 失能診斷書				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓			✓		
診斷証明書 / 機能喪失診断証明書																				
收據和費用明細表 (註)													✓	✓ (團險)						
領收証および費用明細書 (備考)																				
病理組織切片報告 / 相關檢驗報告	✓					✓		✓	✓			✓								
病理組織切片報告 / 関連検査報告									✓											
意外傷害事故證明文件 (如 X 光片)			✓	✓	✓								✓	✓		✓	✓			
事故傷害証明文書 (例: レントゲン写真)										✓	✓		✓	✓						
救護車緊急醫療運送之證明文件															✓					
救急車緊急治療運送の証明書																				
被保險人之生存證明文件						✓	✓	✓												
被保險者の生存証明文書																				
勞工保險給付收據影本																	✓	✓		
労働保険給付領收証コピー																		✓		
巴氏量表 (Barthel Index) 或臨床失智評分量表 (CDR) 或簡易智能測驗 (MMSE) 或其他專業評量表																				
パップスケール (Barthel Index) または臨床的認知症尺度 (CDR) またはミニメンタルステート検 (MMSE) またはその他専門的検査表						✓														

註：申請住院醫療費支實付險種，倘需正本收據然未檢附，又該險種得以日額給付且符合契約條款約定者，將先以日額方式給付。

註：入院治療實費給付を請求する保険は、領収書の原本添付が必要で未添付の場合、保険給付は日当給付でも対応可能であることかつ請求者は契約条項に適合できることで、一時的に日当方式で給付することができます。

二、注意事項

二、注意事項

1.本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽名，有關受益人定義說明如下：

本請求書は各欄を詳しく記入したうえ受益者の署名が必要です。受益者の定義は下記とします：

(1) 申請醫療、重大疾病或失能保險金，受益人為事故人本人。

治療、重大疾病または機能喪失保険金を請求する際、受益者は事故当事者本人となります。

(2) 申請身故保險金，受益人係指保險單所載之身故受益人，身故受益人不只一人時，均須簽名或各填寫一份。

死亡保険金請求時、受益者は保険証券に記載する死亡受益者となります。死亡受益者が複数の場合、全員の署名または各自一部ずつ記入する必要があります。

※受益人為未滿七歲之未成年者，由其法定代理人代為簽名及法定代理人簽名。

※受益者が七歲未満の未成年者の場合、法定代理人が代替署名と法定代理人署名が必要。

※受益人為七歲（含）以上未成年之限制行為能力者，由受益人及其法定代理人簽名。

※受益者が七歲（含む）以上の行為能力制限のある未成年者の場合、受益者および法定代理人署名が必要。

- ※受益人如為受監護宣告者，由其監護人代為簽名，及監護人簽名。受益人如為受輔助宣告者，由受益人及輔助人共同簽名。
- ※受益者為被保護宣告を受けた場合、保護者の代替署名および保護者署名が必要。受益者が被補助宣告を受けた場合、受益者および補助人の共同署名が必要。
- ※倘因視障、不識字、或其他因素致無法簽名者之被保險人或要保人可蓋手印代替簽名（須註明左手或右手第幾指），但須經兩位見證人簽名，並於簽名處註明「見證人」字樣以避免混淆，另外須於見證人旁加註見證人身分證字號，無須再提供身分證影本資料。
- ※視覚障害者、文盲、またはその他要因によって署名できない被保険者または保険加入者指印（左または右手の何指を記載）で署名を代替する場合、証人二名の署名が必要であり、署名に「証人」を記載すること。証人記載の横に身分証明書番号を記載し、身分証明書のコピーは不要。
- ※應簽名者為雙手截肢可以蓋章代替，亦須二位見證人同時簽名。
- ※署名者が両手切断の場合は捺印で代替可能。その際は証人二名の同時署名が必要。
- ※倘身故受益人指定為法人機構、宗教團體、公益機構、社會福利機構者，依照「保險法」第 44 條之規定，得基於利害關係人之身分，向保險人請求保險契約之謄本。又，依照「申請戶籍謄本及閱覽戶籍登記資料處理原則」，前掲機構或團體亦得基於利害關係人（即受益人）之身分，向戶政單位取得除戶戶籍謄本及死亡證明文件，惟得否確實調取，仍以各戶政單位辦理為準。
- ※死亡受益者が法人機関、宗教団体、公益機関、社会福祉機構の場合、「保険法」第 44 條に従い、利害關係人の身分に従い保険加入者に保険契約謄本を請求しなければなりません。また、「戸籍謄本および戸籍登記資料閲覧処理の申請原則」に従い、前記機関や団体は利害關係人（受益者）の身分に基づき、戸政機関に除籍戸籍謄本および死亡証明書を申請するものとしますが、取得の可否判断は各戸政機関に準じます。

2. 見證人身份須符合以下規範：

証人の身分は下記の規定に満たさないとけません：

- (1) 二位見證人皆不可為本件招攬或送件業務員或經辦人員。
証人二名は本件の受理者または送達者または処理關係者であってはなりません。
- (2) 二位見證人中，最多可指定一人為保單關係人（要保人 / 被保險人 / 受益人），另一人則須非保單關係人，且非保單關係人須為親戚或朋友，或為社福機構人員。亦可二位見證人皆非保單關係人，且至少有一人須為親戚或朋友，或為社福機構人員。
証人二名中、最大一人は保険契約關係者（保険加入者 / 被保険者 / 受益者）に設定することができ、残り一人は部外者に設定することができるが、親戚や友人または社会福祉機関人員でなければなりません。

※倘因視障、不識字或其他因素致無法簽名，可以按捺手指印方式代替簽名(須註明左手或右手第幾指)，惟須經兩名具行為能力之見證人簽名，並於簽名處註明「見證人」字樣同時加註身分證字號以避免混淆。

※視覚障害者、文盲、またはその他要因によって署名できない場合、指印（左または右手の何指を記載）で署名を代替することができます。その際は証人二名の署名が必要であり、署名に「証人」と身分証明書番号を記載すること。

3. 身故件之死亡原因為「解剖鑑定中」者，受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。

死亡の死亡原因が「検案中」になっている場合、受益者は「解剖結果報告」または死亡原因を明記する「死体検案書」を添付しなければなりません。

4. 申請完全失能之被保險人如為精神障礙或心智缺陷致不能為意思表示或受意思表示，不能辨識真意之表示之效果，或上開能力顯有不足者，請附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。

請求時被保険者は全部機能喪失、精神障害または知能欠陥によって意思表示または被動意思表示、本人意思表示の効果が識別できない、または前記機能に明らかに不足している場合、裁判所の介護宣告または補助宣告を添付すること。

5. 申請團體保險健康門診手術費支實付保險金需檢附收據及明細；子女或配偶或團體險之身故 / 完全失能保險金不需檢附保險單。

団体保険健康診断手術実費支給保険金を請求する場合は当該領収書および明細を添付すること。子女た配偶者または団体保険の死亡 / 全部機能喪失保険金は保険証券添付が不要。

6. 豁免保費：

保険料免除：

- (1) 被保險人發生豁免保費事故，由被保險人提出申請，除上表所列須檢附文件外，倘因重大疾病（含癌症）申請者須另附病理組織切片報告 / 相關檢驗報告。
被保險者に保険料免除事故にあった場合は被保険者本人による請求が必要。その際は上記表の添付資料以外、重大疾病（がんを含む）の請求は病理組織切片報告 / 関連診断報告を一緒に添付する必要があります。
- (2) 要保人投保「南山人壽要保人豁免保險費附約」、「南山人壽要保人豁免保險費附約條款」（WPP）及「南山人壽愛家要保人豁免保險費附約」（WOP），要保人發生豁免保費事故時：保險加入者為「南山人壽保險加入者保險料免除特約」、「南山人壽保險加入者保險料免除特約直系項」（WPP）および「南山人壽愛家保險加入者保險料免除特約」（WOP）に加入後、保險加入者に保険料免除事故発生時：

①要保人身故：由該保單主契約被保險人檢具要保人身故之相關文件（含除戶戶籍謄本）提出申請，受益人身分證明為主契約被保險人的身分證明。

①保險加入者死亡：当該保険証券契約の被保険者より保険加入者死亡関連資料（除籍戸籍謄本を含む）を添付し請求します。受益者身分証明書は主要契約被保険者の身分証明になります。

②要保人罹患重大疾病或致成第一至三級失能：由要保人依上表所列檢具相關文件提出申請，受益人身分證明為要保人的身分證明。

②保險加入者為重大疾病またはそれによって第一～三級機能喪失に至った場合：保険加入者が上表に従い関連資料を添付し請求します。受益者身分証明書は保険加入者の身分証明になります。

③95 年 10 月 1 日以後購買之保單，要保人罹患重大疾病或致成第一至六級失能、重大燒燙傷，由要保人依上表所列檢具相關文件提出申請，受益人身分證明為要保人的身分證明。

③2006 年 10 月 1 日以降加入した保険、保険加入者が重大疾病またはそれによって第一～六級機能喪失に至った、重大やけどの場合：保険加入者が上表に従い関連資料を添付し請求します。受益者身分証明書は保険加入者の身分証明になります。

7. 申請骨折折貼或傷害醫療保險金者，可附「X 光片」以確定傷害部位或程度（X 光片可以傳統 X 光片（膠片）或影像光碟片方式擇一提供）。

骨折手当または傷害治療保険金を請求する場合、傷害の箇所やレベルを確認するため「レントゲン写真」（従来のフィルムや光ディスクの方式で提供可）を添付することを推奨します。

8. 請求「南山人壽安祥健康保險附約」（FIH）之返國住院保險金者，另具護照影本或機票影本或足以證明之文件亦可。

「南山人壽安祥健康保険特約」（FIH）の帰国入院保険金を請求する場合、パスポートのコピーやフライトのチケットまたは証明できる文書を添付すること。

9. 失蹤：

行方不明：

- (1) 一般失蹤件應附「法院死亡宣告」判決（代替死亡證明）和「受益人同意書」。
一般行方不明は「裁判所死亡宣告」判決文（死亡証明の代替）及び「受益者同意書」を添付すること。
- (2) 意外失蹤件應另附「意外傷害事故證明文件」和登記失蹤之戶籍謄本（代替除戶戶籍謄本）和「受益人同意書」。
事故行方不明は「事故傷害事故証明書」及び行方不明記載の戸籍謄本（除籍戸籍謄本の代替）及び「受益者同意書」を添付すること。

10. 受益人每領取「罹患癌症生活補助保險金」達十二個月者，於本公司給付下一個月「罹患癌症生活補助保險金」前，應檢送可資證明被保險人生存之文件。（如：三十天內之戶籍謄本或診斷證明書）受益者為「ガン診断生活補助保険金」の受領が十二か月目に達したとき、翌月弊社が「ガン診断生活補助保険金」を給付する前に被保険者の生存証明書（例：三十日以内発行した戸籍謄本または診断証明書）を添付しなければなりません。次年度も同様。

11. 依南山人壽附約延續附加條款約定：因主契約累計給付之各項保險金總額已達給付上限而終止，或主契約被保險人於主契約有效期間內，因被保險人身故、致成主契約條款附表所列失能、罹患重大疾病、特定重大疾病、特定重大傷病、癌症疾病、長期照顧狀態、主契約因地方法院民事執行處或法務部行政執行署執行命令而終止且本附約無保單價值準備金者、主契約因地方法院民事執行處或法務部行政執行署執行命令而終止且本附約雖有保單價值準備金，惟主契約終止後已足額清償前述執行命令所列債務者等情形，致生主契約終止時，本附約得依本附加條款之約定延續其效力。如要保人與主契約被保險人為同一人，而已身故者，其延續之附約，以各該附約之被保險人為該附約之要保人，有關各附約要保人權利義務之行使，應由各附約要保人或其法定代理人中，書面委任一人為受任人代為行使。但各附約要保人得經受任人以書面向本公司申請終止其延續之附約。（詳保單條款內容）

南山人壽特約継続および追加条項規定に基づき：メイン契約の累計給付金の各項目保険金の合計が給付金の上限に達したため給付が中止されました、またはメイン契約の被保険者がメイン契約の有効期間内、被保険者の死亡、メイン契約に定めた機能喪失、重大疾病、特定重大疾病、特定重大傷病、がん疾病、長期看護状態、メイン契約が地方裁判所の民事執行または法務部行政執行命令によって中止かつ特約にて保険証券価値準備金のない場合、メイン契約は地方裁判所の民事執行または法務部行政執行命令によって中止かつ特約にて保険証券価値準備金があるメイン契約中止後に前記執行命令の債務を相殺できた、などの場合によってメイン契約が中止になっても本追加契約は依然有効になります。保険加入者と被保険者が同一人物であり、当人が死亡の場合、関連追加契約は各追加契約の被保険者が保険加入者にみなされます。各保険加入者の権利義務の行使は、各追加契約保険加入者またはその法定代理人か一人を署名して代理行使を行います。しかし、各追加契約の保険加入者は代理人経由で弊社に追加契約の中止請求を行うことができます。（詳しくは保険証券の記載内容に準じます）

12. 金融機構匯款：

金融機関振込：

- (1) 申請外幣保單時，須填寫與外幣帳戶相同的英文姓名。
外貨保険加入時、外貨口座と同様の英語名前を記入しなければなりません。
- (2) 如因不可歸責於本公司之因素致本公司無法匯款時，本公司將於該因素消失後辦理匯款，惟不負延遲責任。
弊社に帰責できない事由によって振込ができなかった場合、弊社は当該事由が解消されたからの振込を行います。その際は遅延の責任を一切負いません。
- (3) 受益人可附身分證明文件及存摺封面影本，以協助本公司核對匯款作業及確保受益人權益。
受益者が身分証明書および通帳のコピーを添付することによって弊社の照合、振込作業がよりスムーズになります。

13. 倘保險契約強制執行，且受益人（即債務人）申請之保險金屬於強制執行法第 122 條第 2 項規定所稱之「係維持債務人及其共同生活之親屬生活所必需者」，債務人得依強制執行法第 12 條規定向法院聲請或聲明異議。

保険契約が強制執行に達し、受益者（債務者）が請求した保険金が強制執行法第 122 条第 2 項に定めた内容に満たし「債務者および共同生活の親族の生活を維持する必要がある者」になった場合、債務人は強制執行法第 12 条に定めた内容に基づき裁判所に嘆願書や異議を提出することができます。

14. 倘理賠調查作業需查詢或調閱相關資料（例如：病歷、電腦檔案或本案事故資料）時，服務人員將請客戶提供相關授權同意書。

給付の調査作業において関連資料の検索や閲覧（例：病歴、電子ファイルまたは本案件事故資料）する場合、担当者は顧客に関連授權同意書を交わすことになります。

15. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」規定，單次給付理賠延滯息，應按規定扣取補充保險費，但具下列身分之一者，於理賠申請時應主動檢附下列文件，可免扣取補充保險費：

「全民健康保険控除および納入補充保険料規程」に基づき、一回のみの給付における給付延滞利息は規定に沿って補充保険料を控除するが、下記の身分を持つ者は請求する際に下記の証明を

提出し補充保険料の控除を免除することができます。

- (1) 低収入戸：檢附社政機關核定有効期限内之低収入戸證明文件。(利息所得)
低所得者：社会福祉機關が認定し有効期限内である低所得者證明文書を添付すること。(利息所得)
 - (2) 未投保健保者：非本國人者檢附護照影本、已除籍之本國人者檢附最近 3 個月内戸籍證明文件。(利息所得)
健康保險未加入者：外国籍者はパスポートコピーを添付、除籍した国民は直近三か月以内の戸籍文書を添付すること。(利息所得)
 - (3) 中低収入戸成員：檢附社政機關核定有効期限内之中低収入戸證明文件。(給付日期於 104 年 1 月 1 日起且單次給付未達基本工資之利息所得)
中低所得者：社会福祉機關が認定し有効期限内である中低所得者證明文書を添付すること。(給付日付が 2015 年 1 月 1 日からかつ一回につき基礎給料基準に満たさない利息所得)
 - (4) 中低収入老人、接受生活扶助之弱勢兒童與少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭之受扶助者、符合全民健康保險法第一百條所定之經濟困難者：檢附社政機關核定有効期限内之證明文件。(給付日期於 104 年 1 月 1 日起且單次給付未達基本工資之利息所得)
中低所得の老人、生活補助を受ける兒童や少年、障礙者生活補助を受領する者、特殊家庭補助を受ける者、全民健康保險法第一百條に定めた經濟困難者に満たす者：社会福祉機關が認定し有効期限内である證明文書を添付すること。(給付日付が 2015 年 1 月 1 日からかつ一回につき基礎給料基準に満たさない利息所得)
- 16.如有保險金給付或填寫本申請書相關問題，請電洽客戶服務專線：0800-020-060 (海外諮詢專線：886-2-8752-2111) 或至本公司網站 (www.nanshanlife.com.tw) 查詢。
保險金給付や本請求書の記入に関するお問い合わせはコールセンター：0800-020-060 (海外お問い合わせ：886-2-8752-2111) または弊社ホームページ (www.nanshanlife.com.tw) にてご確認ください。

<二頁之二>

中 日 文 對 照