Farglory Life 遠雄人壽

保險金申請書
Formulir Klaim Asuransi

CLA003

理賠單位受理章

※Form Klaim Asuransi berjumlah 4 halaman, halaman 1,2 harap diisi dengan lengkap.保險金申請文件共計 4 頁，第 1,2 頁請全部填寫
※Menyesuaikan dengan revisi peraturan asuransi, penggunaan bahasa yang tertera dalam form klaim asuransi sebelum revisi tetap berlaku tanpa pengaruh dari revisi terserbut.配合保險法修正，理賠相關文件用詞調整，修正前已生效保單之權益不受用詞調整影響。
※Untuk mempercepat prosedur pemeriksaan dokumen, harap isi form ini secara bertahap. Dokumen yang perlu dilampirkan dan petunjuk pengisian, harap merujuk ke halaman 3.為加速審理流程，本申請書請申請人逐項填寫。有關應備文件、填寫說明，敬請詳閱第 3 頁說明。
※If there is any discrepancy between the Indonesian version and the Chinese version, the Chinese version shall prevail. 印尼語版本與中文版本如有差異，以中文版為準。

Tertanggung 事故人

Nama 事故人姓名		No. Identitas 身分證字號	
		Tanggal lahir 出生日期	tahun 年 bulan 月 tanggal 日
Pemegang Polis (Nama Universitas) 要保單位 (大專院校名稱)	☐Dokumen kelompok 團險件	_____Program studi 系所 _____Angkatan 年級_____Kelas 班 No. Induk Mahasiswa 學號：_____	

Jenis Pengajuan 申請項目

☐Perawatan medis 醫療 ☐Perawatan kanker 癌症醫療 ☐Penyakit kritis/penyakit kritis (katastropik) tertentu 重大/特定重大疾(傷)病☐Pembebasan premi 豁免保費 ☐Tunjangan lainnya各項津貼 ☐Permintaan sebelum meninggal生前需求 ☐Pertanggungan meninggal 身故給付 ☐Cacat total 完全失能☐Cacat sebagian 部分失能 ☐Bukti pembayaran selisih biaya yang tertera di kuitansi 收據差額給付證明☐Manfaat Pertanggungan Disabilitas yang dibayarkan dalam satu kali (mengikuti discount rate dari produk asuransi terkait)失能安養扶助保險金一次給付**(依商品條款約定會以貼現利率計算)** ☐Pembayaran Manfaat Pertanggungan Perawatan Jangka Panjang 長期照顧給付 ☐klaim lanjutan 續賠件 ☐lainnya 其他

☐Saya tidak bermaksud mengajukan klaim Asuransi Kelompok (apabila Anda membeli Asuransi Kelompok Perusahaan kami, tapi tidak mencentang bagian ini, maka Anda dianggap setuju dengan Klaim Asuransi ini; Terkait dengan layanan Polis Asuransi, Perusahaan akan menyampaikan informasi terkait Klaim Asuransi kepada Pemegang Polis)本次不同意申請團險保單之理賠（如台端於本公司有團險保單，但此項未勾選視同台端同意申請此保單，基於保單服務，本公司會將本次之理賠申領文件通知台端之要保單位。）

Kejadian 事故內容

Jenis Pengajuan 事故種類	☐sakit 疾病 ☐kecelakaan 意外 **※Jika kejadian diakibatkan oleh kecelakaan, silakan isi kolom di bawah ini 若為意外，請續填以下欄位**		Jenis pekerjaan 工作內容	Pembiayaan Pemeriksaan 就診身分	☐NHI 健保 ☐Biaya Sendiri 自費
Tanggal Kejadian 事故日期時間	tahun 年 tanggal 日 bulan 月 pukul 時 menit 分	Tanggal pelaporan ke kepolisian 報案日期	tahun 年 bulan 月 tanggal 日	Lokasi kejadian 事故地點	
Yang menangani 處理單位	Polres 分局 Polsek 派出所	Petugas Polisi yang menangani 處理員警		No.kontak 連絡電話	

Penyebab dan Proses Kejadian, harap deskripsikan dengan seksama: (*Jika melapor atau tersedia surat keterangan dari kepolisian atau pemberitaan di media, harap lampirkan bukti pemberitaan atau dokumen terkait)
事故原因及經過情形，請詳述於下：（※若有報案或警方證明文件或報章雜誌媒體報導，請提供剪報或相關資料。）

Metode Pembayaran 給付方式

☐Cek 支票

☐Diperantarai oleh staf yang mengantarkan dokumen ini 由送件單位服務人員轉交
☐Dikirimkan lewat pos ke alamat Tertanggung yang tertera dalam Klaim Asuransi ini 郵寄事故人之本次申請書聯絡地址
☐Dikirimkan lewat pos ke alamat lainnya 郵寄其他指定地址：
※Apabila kolom ini tidak diisi, maka akan dikirimkan ke alamat (tempat tinggal) termutakhir Tertanggung yang disimpan oleh Perusahaan Asuransi.此欄如未勾選或填寫，將依事故人留存公司最新之地址(住所)寄送之。

Metode Pengiriman Rincian Pembayaran Manfaat Pertanggungan 理賠給付明細表寄送方式
☐Kirim bersama cek 併支票寄送☐Tidak perlu kirim 無須寄送
(Apabila kolom ini tidak diisi, maka akan dikirim bersama cek 此欄如未勾選，將併同支票寄送)

☐Ditransfer ke rekening pembayaran Manfaat Pertanggungan yang sebelumnya 匯款至前次理賠帳戶
☐Ditransfer ke rekening Penerima Manfaat 匯款至受益人帳戶
☐Ditransfer ke rekening Wali atau Wali yang Ditetapkan Hakim 匯款至法定代理人或監護人之帳戶
※Pilihlah metode transfer untuk pembayaran yang lebih cepat 為加速給付時效，建議採取匯款方式

Nama 戶名	Bank 金融機構名稱	Cabang 分行名稱	No. rekening 帳號

Metode Pengiriman Rincian Pembayaran Manfaat Asuransi 理賠給付明細表寄送方式
☐Alamat yang tertera dalam Formulir Klaim Asuransi ini.本次申請書聯絡地址 ☐Tidak perlu dikirim 無須寄送
※Apabila kolom ini tidak diisi, maka akan dikirimkan ke alamat (tempat tinggal) termutakhir Tertanggung yang disimpan oleh Perusahaan Asuransi.此欄如未勾選或填寫，將依事故人留存公司之最新地址(住所)寄送之。

1. Apabila Penerima Manfaat Pertanggungan Medis masih di bawah umur dan Manfaat Pertanggungan di bawah NTD.200,000, Penerima Manfaat dapat memilih transfer ke rekening Wali atau Wali yang Ditetapkan Hakim (yang juga merupakan milik Pemegang Polis sendiri).醫療保險金受益人為未成年人且給付金額於 20 萬元(含)內，得選擇匯款至法定代理人或監護人（且須為要保人本人）之帳戶。

2. Apabila Penerima Manfaat dan Pemegang Polis dari Manfaat Pertanggungan Medis merupakan orang yang sama, jika ybs masih di bawah umur dan Manfaat Pertanggungan di bawah NTD.200,000, dapat memilih untuk transfer ke rekening Wali atau Wali yang Ditetapkan Hakim (wajib melampirkan bukti relasi)若醫療保險金受益人與要保人同一人，如為未成年人且給付金額於 20 萬元(含)內，得選擇匯款至法定代理人或監護人（須附關係證明文件）之帳戶。

3. Metode pembayaran yang sesuai dengan butir 1 atau 2 di atas, Perusahaan dianggap telah melakukan pembayaran ke Penerima Manfaat, tapi apabila hal ini menyebabkan kerugian bagi Perusahaan, Penerima Manfaat dan Penerima Pembayaran tidak keberatan mengembalikan Manfaat Pertanggungan berikut bunga.符合前述 1 或 2 之給付方式，則視為本公司已對受益人給付，但因此致成本公司之損害時，受益人及受款人願負連帶返還保險金之責，絕無異議。

Kewajiban Pemberitahuan dari Pelaku Industri Asuransi Jiwa berdasarkan Undang-Undang Perlindungan Informasi Pribadi 壽險業履行個人資料保護法告知義務內容：

Farglory Life Insuranse (selanjutnya disebut Perusahaan) berdasarkan Undang-undang Perlindungan Informasi Pribadi pasal 6 ayat 2, pasal 8 ayat 1 dan pasal 9 ayat 1, memberitahukan kepada nasabah hal-hal di bawah ini, harap dibaca dengan seksama:

遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項規定，向　台端告知下列事項，敬請　台端詳閱：

I. Tujuan pengumpulan: asuransi pribadi (001), penjualan (termasuk bisnis cross-selling keuangan) (040), pengumpulan, penggunaan dan pemanfaatan informasi pribadi oleh industri keuangan berdasarkan peraturan yang berlaku dan pengawasan industri keuangan (059), penyelesaian sengketa keuangan (060), monitoring, manajemen dan pemeriksaan keuangan (061), pengumpulan, pemrosesan dan pemanfaatan informasi pribadi oleh institusi swasta berdasarkan hukum yang berlaku (063), pengawasan asuransi (066), kontrak perjanjian, quasi-contract atau hal lain terkait hubungan hukum (069), pertolongan bagi warga negara yang bepergian ke luar negeri (085), konsumen, manajemen dan layanan pelanggan (090), perlindungan konsumen (091), akuntasi dan layanan terkait lainnya (129), pembelian online dan layanan perdagangan elektronik lainnya (148), manajamen auxiliary dan logistik (150), pemeriksaan, statistik dan analisis penelitian (157), bisnis manajemen keuangan lainnya (177), usaha bisnis lainnya berdasarkan pendaftaran badan usaha atau peraturan asosiasi bisnis (181).

一、 蒐集之目的：人身保險(001)、行銷(包含金控共同行銷業務)(040)、金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(059)、金融爭議處理(060)、金融監督、管理與檢查(061)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(063)、保險監理(066)、契約、類似契約或其他法律關係事務(069)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、消費者保護(091)、會計與相關服務(129)、網路購物及其他電子商務服務(148)、輔助性與後勤支援管理(150)、調查、統計與研究分析(157)、其他金融管理業務(177)、其他經營合於營業登記目的或組織章程所定之業務(181)等合理關連之特定目的。

II. Jenis informasi pribadi yang dikumpulkan: 1) Tanda pengenal: 1. Identitas diri berupa nama, jenis pekerjaan, alamat, telepon, alamat email, alamat IP,　dan informasi lain yang bisa mengidentifikasi seseorang. 2. identitas keuangan, seperti nomor rekening dan nama yang terdaftar di institusi keuangan, nomor kartu kredit atau kartu debit. 3. Kartu identitas dari pemerintah seperti no. KTP, no. ARC, no. kartu pengenal disabilitas, no kartu sertifikasi, no paspor. 2) karakteristik khusus: 1. deskripsi pribadi berupa umur, jenis kelamin, tanggal lahir dsb. 2. Deskripsi fisik berupa tinggi badan, berat badan dsb. 3. Kebiasaan, seperti merokok, mengkonsumsi alkohol dsb. 3) kondisi keluarga, seperti status pernikahan, rincian mengenai anggota keluarga. 4) kondisi sosial, seperti jumlah kepemilikan harta bergerak atau tidak bergerak, kecelakaan atau kejadian lain dan hal terkait lainnya. 5) pendidikan, ujian, keterampilan atau keahlian lainnya, seperti dokumen dari institusi pendidikan.　6) status pekerjaan, seperti kondisi pekerjaan saat ini.

7) rincian keuangan, seperti pemasukan, penghasilan, aset dan investasi, utang dan pengeluaran, bukti transaksi valas, kredibilitas nasabah, rincian asuransi dsb. 8) kesehatan dan lainnya, seperti laporan kesehatan, dokumen perawatan dan diagnosa medis, hasil pemeriksaan, surat keterangan kondisi disabilitas dsb. 9) rincian lain seperti Surat Pengajuan Asuransi atau kontrak perjanjian.

二、蒐集之個人資料類別：(一)識別類：1.辨識個人者：如姓名、職稱、住址、電話、電子郵遞地址、網際網路協定(IP)及其他任何可辨識資料本人者等。2.辨識財務者：如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。3.政府資料中之辨識者：如身分證統一編號、統一證號、身心障礙手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。 (二)特徵類：1.個人描述：如年齡、性別、出生年月日等。2.身體描述：如身高、體重等。3.習慣：如抽煙、喝酒等。(三)家庭情形：如結婚有無、家庭成員之細節等。(四)社會情況：如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等、意外或其他事故及有關情形等。(五)教育、考選、技術或其他專業：如學校紀錄等。(六)受僱情形：如現行之受僱情形等。(七)財務細節：如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易紀錄、票據信用、保險細節等。(八)健康與其他：如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料等。(九)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。

III. Sumber informasi pribadi: 1) Pemegang Polis 2) Wali atau Asisten dari Tertanggung 3) institusi kesehatan 4) informasi klien yang diperoleh dari pihak ketiga yang memasarkan, saling berbagi informasi klien atau bekerjasama, atau pihak ketiga yang dipercaya Perusahaan untuk mengelola hal terkait.

三、個人資料之來源：(一)要保人(二)當事人之法定代理人、輔助人(三)各醫療院所(四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

IV. Masa, Subjek, Wilayah dan Cara Penggunaan Informasi Pribadi: 1) Masa: selama periode transaksi dan sesuai ketentuan yang berlaku perlu menyimpan informasi pribadi selama periode terkait.　2) Subjek: Perusahaan ini, The Life Insurance Association of the Republic of China, Non-Life Insurance Association of the Republic of China, Taiwan Insurance Institute, Taiwan Insurance Guaranty Fund, Financial Ombudsman Institution, Joint Credit Information Center, National Credit Card Center of ROC, Institute of Financial Law and Crime Prevention, Taiwan Clearing House, Financial Information Service Co., Ltd., badan Outsourcing, dan perusahaan mitra (seperti perusahaan reasuransi, institusi keuangan, perusahaan pialang asuransi), institusi yang memiliki otoritas untuk menyelediki menurut peraturan yang berlaku atau institusi pengawas keuangan. 3) Wilayah: wilayah tempat subjek berada. 4) Cara: sesuai dengan peraturan yang berlaku.

四、個人資料利用期間、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(分)公司、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、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有業務往來之公司（如：再保業務、金融機構、保經代公司）、依法有調查權機關或金融監理單位。(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。

V. Berdasarkan ketentuan dalam pasal 3 UU Perlindungan Informasi Pribadi, sebagai pemilik informasi pribadi yang disimpan oleh Perusahaan, Anda memiliki hak sebagai berikut: 1) Hak yang dapat Anda ajukan: 1. Memeriksa, mencermati atau meminta salinan. 2. Meminta Perusahaan untuk menambahkan atau merevisi informasi pribadi. 3. Meminta Perusahaan untuk menghentikan pengumpulan, pemrosesan atau pemanfaatan informasi dan mengajukan penghapusan informasi. 2) Penggunaan Hak: Lewat pengajuan tertulis (email, fax, dokumen elektronik), atau ke Pusat Layanan Pelanggaan, atau lewat Saluran Telepon Layanan Pelanggan (0800-083-083).

五、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：台端得以書面(包含電子郵件、傳真、電子文件)，或至本公司各服務中心，或透過免費客戶服務專線(0800-083-083)行使權利。

VI. Dampak dari Penolakan Penyediaan Informasi Pribadi: Selama Anda tidak memberikan informasi pribadi, Perusaahan akan menunda atau tidak dapat melakukan peninjauan dan pemrosesan, dan dengan terpaksa menolak, menunda pengajuan asuransi Anda, atau tidak dapat memberikan layanan terkait atau ganti rugi kepada Anda.

六、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，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供　台端相關服務或給付。

Persetujuan pengumpulan, pemrosesan dan pemanfaatan informasi rekam medis, pemeriksaan medis dan medical check-up: Yang membuat pernyataan (selanjutnya disebut Saya) setuju Perusahaan berdasarkan ketentuan yang disebutkan dalam Undang-undang Perlindungan Informasi Pribadi pasal 177 ayat (1) butir 2)　(termasuk mendistribusikan informasi kepada perusahaan reasuransi mengenai reasuransi atau　pembayaran klaim asuransi),　dapat mengumpulkan, memproses dan menggunakan informasi rekam medis, pemeriksaan medis dan medical check-up saya.

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項：立同意書人（以下簡稱本人）同意　貴公司於符合告知事項之目的範圍內，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等相關法令所規定之範圍內（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。

Persetujuan: 1. Tertanggung/Penerima Manfaat setuju Perusahaan mengumpulkan, memproses dan memanfaatkan informasi pribadi dalam cakupan yang diatur oleh UU Perlindungan Informasi Pribadi. 2. Saya bersedia mempercayakan　"Staf yang mengirim dokumen/Agen Asuransi atau Manajer/Staf Asuransi"　mewakili saya mengurus klaim asuransi, dan setuju Perusahaan mengirimkan dokumen/informasi terkait klaim asuransi lewat pihak yang disebutkan di atas. 3. Pengajuan Manfaat Pertanggungan Meninggal atau Manfaat Pertanggungan Cacat Total, berdasarkan syarat dan ketentuan yang berlaku wajib menyertakan Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ) dan apabila tidak disertakan SPAJ akan dianggap hilang, Penerima Manfaat setuju bahwa SPAJ tersebut batal dan tidak perlu penerbitan ulang. 4. Untuk klaim Manfaat Pertanggungan Meninggal, untuk memastikan kebenaran dari dokumen otopsi jenazah (atau akta kematian), Saya (Penerima Manfaat) setuju Farglory Insurance memverifikasi dokumen tersebut dengan informasi kematian yang tercatat dalam sistem institusi terkait.

聲明同意事項：1.被保險人/受益人同意　貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。2.本人同意委任「送件業務員/保險代理人或保險經紀人/服務員」代為處理理賠申請事宜，並同意 貴公司將理賠申請相關文件/資訊由前開受任人轉知予本人。3.申請身故/完全失能保險金，依條款規定須檢附保險單而未檢附者，視為已遺失，受益人聲明保險單作廢無須補發。 4.若為申領身故給付，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，本人(受益人)同意遠雄人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

Atas nama 立書人(Tertanggung atau Penerima Manfaat 即被保險人/受益人)簽名:_____

(Penerima Manfaat dari Manfaat Pertanggungan Medis merupakan Tertanggung sendiri 醫療保險金受益人為事故人本人)

Tanda tangan Wali/Wali yang ditentukan oleh hakim/asisten 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(Wajib diisi jika Penerima Manfaat masih di bawah umur atau di bawah perwalian atau dengan asistensi 受益人為未成年人或受監護或受輔助宣告之人需填寫)

申請團體保險理賠請用印要保單位大小章

要保單位用印　　負責人用印

No HP 行動電話:_____No kontak 聯絡電話:(　　)_____

****Perusahaan akan mengirimkan sms mengenai perkembangan pengajuan klaim asuransi, pihak yang mengajukan klaim harap memeriksa no HP yang diberikan, agar dapat menerima informasi pemberitahuan.***

本公司將提供簡訊通知理賠進度，立書人請確認行動電話號碼清楚正確，以利接收相關通知訊息。

Alamat yang bisa dihubungi 聯絡地址:

☐Sama dengan　"alamat (tempat tinggal) termutakhir Tertanggung yang disimpan oleh Perusahaan Asuransi" 同「事故人留存公司最新之地址(住所)」**(bagian ini tidak untuk pemegang asuransi wisata, harap isi alamat dengan seksama 申請旅行平安險者不適用本項勾選，請務必詳填地址)**

Kabupaten 縣　　kecamatan 鄉鎮　　desa 村　　jalan 路　　section 段　　gang 巷　　no.號之

□□□□□_____Kota 市_____kecamatan 市區_____ kelurahan 里_____jalan 街　　gang 弄　　lantai 樓之

☐@yahoo.com.tw ☐@hotmail.com ☐@gmail.com

E-mail:_____☐@fglife.com.tw ☐其它@_____

Tanggal pengajuan 申請日期:中 華 民 國　　Tahun ROC 年　　bulan 月　　tanggal 日

（※Jika tidak diisi, maka tanggal pengajuan disamakan dengan tanggal Perusahaan menerima pengajuan ini 若未填寫，以本公司受理當日為申請日）

Tanda tangan Agen/Penerima Kuasa 服務人員/受託人簽章/招攬人員簽名:	No. registrasi 登錄證字號:	Unit yang mengajukan/No. kode/Cap Pialang Asuransi 送件單位/代碼/保經、代公司簽章	Asisten administratif/Cap Biro Asuransi Kelompok 行政助理/團保部受理章
E-mail:	No. telepon 行動電話:		

Daftar Lampiran Yang Wajib Disertakan Dalam Klaim Asuransi

(✓ : Asuransi Individu dan Asuransi Kelompok ◎ : Asuransi Individu △Asuransi Kelompok ★ : Asuransi Siswa)

Jenis Pengajuan / Dokumen yang diperlukan	Kesehatan			Disabil-itas		Meninggal			Perawatan Jangka Panjang		Penyakit kritis/ penyakit kritis tertentu	Penyakit kritis 重大傷病	Penyakit tertentu(常見傷病)	Pembebasan premi	Manfaat Pertanggungan Bantuan Disabilitas (Cacat Total)	Pemberian Manfaat Pertanggungan Kehilangan Kemampuan Bekerja, Kehilangan Penghasilan	Tunjangan Melahirkan	Tunjangan Kedukaan	Patah Tulang	Pembayaran Manfaat Pertanggungan Jiwa sebelum meninggal	Manfaat Pertanggungan yang diberikan sebe-lum rawap inap RS
	Biaya Harian Rumah Sakit	Reimburse	Pengobatan Kanker	Cacat Sebagian	Cacat total	Meninggal karena sakit	Meninggal karena kanker	Meninggal karena kecelakaan	Satu Kali Manfaat Pertanggungan Perawatan Jangka Panjang	Manfaat Pertanggungan Bantuan Perawatan Jangka Panjang											
Formulir Klaim Asuransi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	◎	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
Surat Keterangan Diagnosa Medis	✓	✓	✓	✓	✓				◎	◎	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎		✓	✓	
Barthel Index atau Skala Pengukuran Demen-tia atau Skala Pengukur-an Profesional Lainnya									◎	◎											
Rangkuman kondisi medis selama Masa Perawatan Jangka Panjang									◎	◎											
Surat Keterangan Pen-yakit Katastropik yang diterbitkan oleh Na-tional Health Insur-ance												◎									
Nota Pembayaran dan Rincian Biaya Medis		✓																			
Salinan (CD) X-Ray																			✓		
Akta Kelahiran																	◎				
Akta Kematian						✓	✓	✓													
Kartu Keluarga yang telah diperbaharui						✓	✓	✓										✓			
Bukti Identitas Peneri-ma Manfaat (fotokopi KTP, KK)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
Surat Pernyataan Ahli Waris Secara Hukum	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
Laporan Pemeriksaan atau Biopsi Terkait			✓				✓				✓		✓	✓							
Dokumen Simpanan Valas (untuk Asuransi Valas)					◎	◎	◎	◎													
Form(khusus) Pengajuan Manfaat Pertanggun-gan Rawat Inap Asur-ansi Kesehatan Kangfu																					◎
Surat Keterangan Diagno-sa Medis dari RSUD dan tingkatan di atasnya, rekam medis (khusus Manfaat Pertanggungan Kesehatan selama 1 tahun Asuransi Bao An Kang)												◎									
Bukti Rawat Inap (Surat Keterangan Diagnosa Rawat Inap, Foto Data Diri Ranjang Pasien Rawat Inap, Foto Ge-lang Pasien)																					◎
Fotokopi Bukti Pen-erimaan Jaminan So-sial Tenaga Kerja				△	△	△	△	△							△	△					
Dokumen Identitas Siswa (wajib dibubuhi stempel besar dan kecil serta stempel petugas)						★	★	★													
Polis Asuransi					◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎		◎						

一、 Perhatian 注意事項：

1. Segala pengajuan klaim asuransi, selain dokumen yang tertera pada lampiran di atas, tunduk pada Syarat Dan Ketentuan Polis Asuransi, dokumen tambahan terkait prosedur pembayaran manfaat pertanggungan yang wajib dilampirkan akan disampaikan oleh Staf Klaim Asuransi.
2. Dokumen yang diterbitkan oleh instansi luar negeri perlu disahkan oleh notaris dan diverifikasi terlebih dahulu, rincian mengenai hal ini dapat dilihat di situs Bureau of Consular Affairs, Ministry of Foreign Affaris, ROC (alamat situs：www.boca.gov.tw).
3. Apabila penyebab kematian masih “dalam tahap otopsi”, perlu menambahkan lampiran “laporan hasil otopsi” atau “surat keterangan pemeriksaan jenazah” yang menjelaskan tentang penyebab kematian.
4. Pengajuan Manfaat Pertanggungan Medis Karena Kecelakaan atau Manfaat Pertanggungan Disabilitas yang diakibatkan oleh “patah tulang”, selain melampirkan surat keterangan diagnosa, juga perlu melampirkan hasil X-ray untuk memastikan lokasi dan tingkatan patah tulang (fraktur komplit, fraktur inkomplit atau retak tulang).
5. Saat mengajukan Manfaat Pertanggungan Meninggal atau Cacat Total Karena Kecelakaan, untuk mempercepat prosedur klaim, harap lampirkan “Surat Keterangan Kecelakaan” (misal surat keterangan dari kepolisian).
6. Untuk memperlancar prosedur klaim asuransi, Agen Asuransi mungkin akan meminta Anda untuk turut melampirkan “Surat Persetujuan Pencarian dan Kuasa”, “Surat Pengajuan Informasi Tertanggung National Health Insurance” dari instansi (rumah sakit) terkait. Apabila pihak yang mengajukan klaim merupakan Wali/Wali Yang Ditetapkan Oleh Hakim/Asisten dari Tertanggung/Penerima Manfaat Pertanggungan Meninggal, harap sertakan dokumen bukti hubungan (seperti fotokopi KK, atau surat keputusan pengadilan)
7. Jika Tertanggung yang mengajukan Manfaat Pertanggungan Cacat Total merupakan Subjek Perwalian Yang Perwaliannya Belum Dicabut, perlu melampirkan Surat Keputusan Pengadilan Mengenai Perwalian atau Asistensi.
8. Klaim asuransi yang terkait dengan “kanker” (seperti penyakit kronis, pengobatan kanker, kematian karena kanker, pembebasan premi), wajib menyertakan Surat Keterangan Hasil Biopsi Kanker atau laporan pemeriksaan terkait lainnya.
9. Untuk pembayaran Manfaat Pertanggungan Persalinan Caesar Karena Faktor Medis, untuk persalinan di tingkat RSUD dan di atasnya tidak perlu melampirkan rekam medis, namun untuk persalinan di Klinik Bersalin perlu melampirkan salinan rekam medis atau catatan proses persalinan.
10. Identitas Penerima Manfaat dibuktikan dengan KK atau fotokopi KTP bolak-balik (jika Penerima Manfaat merupakan Ahli Waris Secara Hukum, selain fotokopi KTP bolak-balik, perlu menyertakan KK yang memuat data seluruh anggota keluarga dan mengisi “Surat Pernyataan Persetujuan Ahli Waris”, untuk memastikan jumlah Penerima Manfaat dan besaran Manfaat Pertanggungan yang diberikan.。
11. Pengajuan “Manfaat Pertanggungan Santunan Disabilitas (Cacat Total)”, dalam pengajuan klaim per tahun perlu melampirkan dokumen yang membuktian Tertanggung masih hidup, seperti Kartu Keluarga.

    Saat Penerima Manfaat mengajukan Manfaat Pertanggungan Cacat Total, Manfaat Pertanggungan Santunan Disabilitas (Cacat Total), Perusahaan dapat melakukan pemeriksaan terhadap kondisi fisik Tertanggung, jika diperlukan dapat memeriksa informasi medis Tertanggung setelah mendapat persetujuan dari Penerima Manfaat, segala biaya yang ditimbulkan oleh kegiatan ini ditanggung oleh Perusahaan. Hal ini tidak akan memperpanjang masa waktu pembayaran Manfaat Pertanggungan oleh Perusahaan berdasarkan syarat dan ketentuan yang berlaku.
12. Apabila proses pengajuan klaim asuransi diwakili orang lain maka perlu menyertakan Surat Kuasa.
13. Berdasarkan ketentuan Peraturan Pemotongan dan Pembayaran Tambahan Premi Asuransi National Health Insurance：

    13.1 Apabila Penanggung dalam waktu 15 hari tidak membayar bunga yang ditimbulkan oleh klaim Manfaat Pertanggungan, akan dijadikan sebagai dasar pemotongan pembayaran tambahan premi asuransi.

    13.2 Manfaat Pertanggungan dan bunga yang diberikan secara lump-sum mencapai NTD.20,000, Perusahaan harus memotong pembayaran tambahan premi asuransi berdasarkan Daftar Tarif Pemotongan Premi.
14. Apabila Manfaat Pertanggungan Meninggal dari Tertanggung berupa Asuransi Penyakit Kronis, Asuransi Lansia, Asuransi Premi Tunggal, Asuransi Jangka Pendek, asuransi yang dibeli dengan utang, asuransi dalam jumlah besar, pembelian produk asuransi dalam jumlah yang banyak, atau Manfaat Pertanggungan Asuransi lebih kecil atau sama dengan Premi yang telah dibayarkan, jika kedapatan menghindari pajak kepemilikan aset, institusi yang berwenang tetap dapat bertindak berdasarkan Prinsip-Prinsip Pemotongan Pajak.
15. Ketika Tertanggung meninggal atau mengalami cacat total atau pemberian Manfaat Pertanggungan telah mencapai batas maksimal atau polis asuransi bukan asuransi jiwa sehingga masa pertanggungan polis asuransi tersebut berakhir, jika tidak bersedia untuk melanjutkan polis asuransi, dapat menghubungi Farglory Insurance untuk mengakhiri polis asuransi terkait.。

※Apabila pemohon mengirimkan form pengajuan klaim asuransi lewat pos, harap kirimkan ke alamat kantor pusat atau kantor cabang di bawah ini

※Kantor pusat Taipei: Claims Division, 27F., No. 1, Songgao Rd., Xinyi Dist., Taipei City 11073, Taiwan (R.O.C.) Telp：02-2758-3099 Faks: 02-8789-2484

※Kantor cabang Taichung: Claims Department, No. 635, Sec. 2, Taiwan Blvd., Xitun Dist., Taichung City 40759 , Taiwan (R.O.C.) Telp：04-2329-5550 Faks：04-2329-1060

※Kantor cabang Kaohsiung: Claims Department, 1F., No. 112, Sanduo 4th Rd., Lingya Dist., Kaohsiung City 80247 , Taiwan (R.O.C.) Telp：07-330-9523 Faks：07-535-4066

Layanan Pelanggan Bebas Pulsa：0800-083-083