

理賠案號			
基本資料	保單號碼: 1. _____ 2. _____ 3. _____	收件日期	
	要保人(團險請填要保單位): <u>台北市理燙髮美容業職業工會</u>		
	事故人姓名: _____ 身份證字號: _____ 出生日期: ____/____/____	理賠單位	
	聯絡電話: _____ 行動電話: _____		
	事故人住址: _____		
事故時職業: _____ E-MAIL: _____			

◎為確保您的權益,若您的通訊地址或電話有所變動時,請儘速洽本公司健康險部更正。

*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。

◎申請項目: 意外傷害(身故/失能 醫療) 健康險 重大疾病 癌症險 旅綜險/不便險 個責險 其他:

請勾選 1. 新申請 續賠件 2. 執行職務期間 非執行職務期間

保險事故詳填	事故時間: _____ 年 _____ 月 _____ 日	事故地點: _____
	事故經過及診斷傷病名稱: _____	

案件處理單位機關(分局/分隊/派出所): _____ 承辦警員: _____ 警方電話: _____

◎是否尚有其他後續單據? 否 是 ◎被保險人投保其他保險? 否 是,其保險公司名稱: _____

保險金給付方式

匯款至本人帳戶【請檢附存摺影本(醫療險受益人為被保險人本人)】
匯款至法定代理人(或監護人)帳戶 本人同意上述保險金,交由貴公司逕行匯入本人下述銀行帳戶(如事故當時本人尚未成年,本人及本人之法定代理人同意貴公司將前述保險金匯入指定之法定代理人帳戶內)。需另檢附與被保險人關係證明文件。

戶名 _____ 金融機構及分行名 _____ 金融機構及分行代號 _____
 帳號 _____

送件人單位: **忠倫保經** 送件人姓名: _____ 手機: _____ E-MAIL: _____

同意查詢聲明書

申請人因申請保險給付之需要,願配合下列事項:

- 授權華南保險股份有限公司逕向就診醫院診所、醫師及檢察單位請領、調閱事故人之病歷摘要、檢查數據與報告及其他有助於本人申請保險金之所有紀錄資料。
- 「為確認本次理賠申請所檢附檢驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性,本人(受益人)同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。」
- 如受益人未具配偶或親屬身分,由保險公司另設計具有前開文字內容之聲明書交由被保險人之配偶或親屬任一人簽署同意,以取得授權查詢之依據。

◎華南保險係為保險契約理賠義務履行與否之目的,而蒐集您的個人資料,包括但不限於姓名、身分證字號及其他得以直接或間接方式識別您個人之資料。資料來源包括您、被保險人或受益人、司法警憲機關、為理賠相關作業所需委託往來及與理賠事件有涉的第三人。所蒐集的您的資料,除了再保險業務、或委外業務執行之需要,會在我國境外被處理及利用外,僅會於蒐集目的存續期間及依法令規定應為保存之期間,以合於法令規定之利用方式在我國境內,供華南保險及理賠相關作業需要之第三人處理及利用。您可以以書面或其他日後可供證明之方式就華南保險保有您的個人資料向華南保險查詢、請求閱覽或請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

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、處理或利用,除本公司「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、處理或利用,將於人身保險及財產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、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、處理或利用前述資料,本公司將可能無法提供 台端相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

◎立同意書人已瞭解上述說明,並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內,得為蒐集、處理或利用本人之病歷、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 華南產物保險股份有限公司

立同意書人簽名: _____ 法定代理人 簽名: _____

◎茲依保險單條款約定提出保險金申請,並確認及同意【保險金給付方式】及【同意查詢聲明書】內容,若 貴公司依本人前開指示,交付支票予本人或匯入本人指定之金融機構帳戶後, 貴公司即已履行保險金給付義務。如有誤選、誤寫等本人因素所致之誤失,均由本人自行負責,絕無異議。此致 華南產物保險股份有限公司。

事故人/受益人(即立同意書人) 簽章: _____ 身份證字號: _____

法定代理人/監護人(關係: _____) 簽章: _____ 身份證字號: _____

中華民國: _____ 年 _____ 月 _____ 日

忠倫保險經紀人股份有限公司

個人資料及病歷醫療健檢蒐集處理利用同意書

忠倫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）第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向 台端告知下列事項，敬請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

- (一) 保險經紀業務
- (二) 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：

- (一) 姓名
- (二) 身分證統一編號
- (三) 地址
- (四) 要保書、要保文件等其他基於保險契約所提供之個人資料

三、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) 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。

四、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：本公司及與本公司簽訂合作推廣契約之保險業者、因辦理保險業務需要之第三方、保險相關公會、財團法人金融消費評議中心、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：合於法令規定之利用方式。

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：以書面之方式行使權利。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

本公司基於健全保險經紀人業務與保戶服務， 台端若未能提供相關個人資料時，本公司將無法提供完善服務。

履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱使無簽署亦不影響告知效力。

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，除上述說明書所列告知事項外，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、處理或利用。並於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 忠倫保險經紀人股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日