

團險專用

國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書

(*)=必填欄位

要保單位	(*)公司名稱	廠區	部門	統編									
(*)事故者資料	姓名	身分證字號				出生日期				事故者與員工關係			
										<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它			
員工資料 (若事故者即員工, 粗框內免填)	姓名	身分證字號				出生日期				(*)保單號碼		(*)等級	
										1. _____ 2. _____ 3. _____		_____ _____ _____	
(*)住所地址											由服務人員或窗口填寫		
(*)行動電話					聯絡電話()				電子郵件				
1. 本公司將發送理賠進度與理賠核定結果簡訊至本申請書上所填寫之行動電話號碼。 2. 填寫 E-mail 者, 本公司將於結案後發送電子理賠核定結果至本申請書上所填寫之電子信箱。													
(*)事故種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病) <input type="checkbox"/> 意外事故(傷害)					(*)申請日期		年 月 日					
(*)事故說明						(*)事故日期		年 月 日					
(*)申請保險金類別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病) <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 防癌 <input type="checkbox"/> 定期給付(生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 津貼(生育) <input type="checkbox"/> 長期照顧 ※「理賠類別」原則以您所勾選者為準, 惟如尚有符合其他理賠類別, 將於確認您的意願後一併審核。 註: 配合保險法修訂, 自 107 年 6 月 15 日起調整「殘廢」及「失能」等相關用詞, 保戶權益未受影響。												
意外事故地點						工作內容							
意外事故經過													
報案單位	報案日期			年 月 日		承辦員警		電話					
(*)保險金給付方式 (未勾填給付方式者, 一律以禁背支票支付)	<input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶(限受益人為未成年時, 得選擇匯款至法定代理人之帳戶, 並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時, 視為已對受益人給付)												
	<input type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶												
	<input type="checkbox"/> 匯撥至受益人已指定之匯撥帳號(即「一指通」帳戶, 即免填下列帳戶資料) (員工眷屬申請「醫療給付」, 可選擇匯撥至員工帳戶, 須填下方眷屬醫療保險金指定匯款同意書)												
	<input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票(請於右欄填寫受益人身分證字號, 以利開票作業)										受益人 身分證字號		
帳戶資料	戶名						身分證字號						
	金融機構 (分行)	(中文名稱)	分行通匯 代號					帳號					
眷屬醫療保險金指定匯款同意書													
本人(即事故者)為員工之眷屬, 同意將本次申請之醫療保險金匯入該員工指定之金融機構帳戶(帳戶資料如上欄)。匯款完成後, 貴公司對本人之本次醫療保險金之給付義務即行消滅。恐口說無憑, 特立此書為證。 此致 國泰人壽保險股份有限公司 立同意書人(事故者): (簽章) 電話: _____													
個人資料(含特種個資)蒐集、處理及利用同意書													
立書人已詳閱並瞭解下述【個人資料保護法應告知事項】, 並同意貴公司於符合告知事項之目的範圍內, 得蒐集、處理及利用立書人之病歷、醫療及健康檢查等特種個資, 以及將上開資料轉送與貴公司有業務往來之再保險公司及履行保險契約有關之第三方以辦理再保險、核保或理賠業務。立書人併此聲明, 本同意書係出於立書人自由意願下所為之意思表示。													
(*)立書人(即被保險人)/受益人簽名: 法定代理人(監護人或輔助人): (親簽) (親簽) 員工簽名:(如選擇匯撥至員工帳戶, 員工本人亦需簽名) 受益人與事故者關係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他 (申請意外、疾病醫療、失能或重大疾病等保險金時, 受益人限事故者本人。)													
上開受益人之簽名於被保險人身故時, 僅代表受益人或其法定代理人提出理賠申請, 並已知悉瞭解上述注意暨聲明事項。													
要保單位填寫欄		注意 事項											
到職日: 年 月 日		1. 【個人資料保護法應告知事項】: 依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其相關規定, 本公司為辦理人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務及符合相關法令規範之需要, 而蒐集您的個人資料(包括病歷、醫療及健康檢查等特種個資)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內, 以合於法令規定之利用方式, 於我國境內、外供本公司、因以上目的作業需要之第三方(包括但不限於再保險及業務委外等對象)、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者及依法有調查權機關或金融監督機關等進行處理及利用。您可行使之個人資料權利包含: 查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料, 並可至本公司各服務據點或利用本公司服務專線(市話請撥打免費專線: 0800-036-599, 手機請撥打付費電話: 02-4128-010 或網路電話詢問), 本公司將儘速依相關法令規定, 處理與回覆您的請求, 惟本公司依法令規定或因執行業務所必須, 得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時, 本公司將可能無法辦理您的理賠申請。											
事故日是否在職: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		2. 受益人有數人時, 請事先協調選擇同一領取方式, 以利本公司作業; 並另填附件(一)。											
確認人: (職章)		3. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者, 本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。											
(要保單位用印)		4. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」, 單張保單給付理賠延滯息達新臺幣 2 萬元者, 應按規定扣取補充保險費, 但屬下列身分者, 於理賠申請時檢附下列文件可免扣取補充保險費: (1)低收入戶者: 檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件(2)未具備或喪失投保資格者: 非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附近 3 個月內戶籍證明											
		5. 申請身故保險金者, 立書人同意本公司得將相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對, 以確認其正確性。受益人申請理賠之保險事故及其相關文件如有虛偽不實者, 行為人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。											
		6. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者, 受益人於提出理賠申請時須檢附勞工保險加保申報書或在職證明, 惟針對醫療保險理賠部分, 本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。											
		7. 本申請書所提供之通訊地址、聯絡電話及 E-mail, 僅供本次申辦業務使用, 不代表已向本公司行使變更通知。											
(*)服務人員(送件人)基本資料(此欄由國壽服務人員填寫)													
送件人姓名		單位代號		送件人員編號									
聯絡電話		市話: ()		分機		手機: _____		收件日期: 年 月 日					

114.12版

302002

00014

團

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