

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

服務中心作業區(可複選): 國壽團險 原國寶團險 原幸福團險

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				
					年	月	日	<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		
					年	月	日	1. _____	_____		
(*)員工 住所地址	□□□□						2. _____		_____		
(*)員工 聯絡電話	()	分機	手機	電子郵件		由服務人員或窗口填寫					
(*)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"/> 殘廢 <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、殘廢生活金) <input type="checkbox"/> 津貼(生育) <input type="checkbox"/> 長期照顧										
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			
(*) 保險金領取 方式(未勾 填者, 支票 支付)	<input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人(或監護人)之帳戶。(受益人為未成年人或受監護宣告人時, 得選擇匯款至法定代理人或監護人之帳戶, 並於本公司將款項匯入法定代理人或監護人帳戶時, 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「一指通」所指定之帳戶。(即免填下列帳戶資料)(如員工眷屬申請「醫療給付」, 可選擇匯撥至員工帳戶, 並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)										
帳戶資料	戶名					受益人 身分證字號					
	金融機構 (分行)	(中文名稱)	分行通匯 代號				身分證字號				
<p align="center">眷屬醫療保險金指定匯款同意書</p> <p>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。</p> <p>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: _____</p> <p align="center">病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書(特種個資同意書)</p> <p>立書人已詳閱並瞭解下方【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。</p> <p>(*)立書人(即被保險人)/受益人簽名: 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 (親簽) (申請意外、疾病醫療、殘廢或重大疾病等保險金時, 受益人限事故者本人。)</p> <p>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。</p> <p>法定代理人(監護人或輔助人): _____ (親簽)</p>											
要保單位填寫欄		<p>到職日: 年 月 日</p> <p>事故日是否在职: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>確認人: _____ (職章)</p> <p align="center">(要保單位用印)</p>									
		<p>注 意 事 項</p> <p>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)。所蒐集之資料除了再保險業務或委外業務執行的需要, 會在我國境外被處理及利用外, 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, 於我國境內供本公司及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至本公司各服務中心或利用本公司免費客戶服務專線(0800-036-599)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, 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。</p> <p>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)。</p> <p>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。</p> <p>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兩萬元者, 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</p> <p>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。</p> <p>6. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時, 如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者, 受益人得依強制執行法第 12 條規定, 向該執行機關聲請或聲明異議。</p> <p>7. 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。</p>									
(*)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 ID								
聯絡電話	市話: ()	分機	手機:	收件日期:		年	月	日			



302002

00009

105.04 版

個

同意查詢聲明書

茲因申請國泰人壽保險股份有限公司（下稱國泰人壽）保險給付之需要，由立同意書人以被保險人（姓名：_____，生日：_____年_____月_____日生，身分證字號：_____）之本人父母配偶子女繼承人（關係：_____）之身分，請 貴醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司、內政部入出國及移民署或其他相關之單位或個人，協助國泰人壽指派之人員索引、查詢（包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作，或配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為）、問診、調閱抄錄或影印自本次保險事故日期起算前五年內（若本次保險事故為慢性疾病或先天性疾病者，則包含既往求診）之所有就診病歷、投保資料或其他與本次保險事故相關資料（包含書面及電腦檔案），以為參證之用。

申請身故保險金者，立書人同意國泰人壽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，恐口說無憑，特立此書為證。

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位或個人

（本同意書同意由國泰人壽影印後使用，影印本與正本具同等效力）。

***下列欄位須立同意書人/法定代理人/監護或輔助人親自簽章**

立同意書人簽章：_____ 蓋章 身分證字號：_____ 電話（或手機）號碼：_____

被保險人白天易晤地址：_____ 電話（或手機）號碼：_____

法定代理人/
監護人或輔助人簽章：_____ 蓋章 身分證字號：_____ 地址：_____ 電話（或手機）號碼：_____

相關法令摘要：

1. 醫療法第 71 條：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔。」
2. 行政院衛生署 96 年 3 月 27 日衛署醫字第 0960012310 號函：「…同意書之格式，醫療法並未限制，惟應具體載明委託意旨及範圍。爰無論係由醫療機構提供，或係保險公司自行製作之同意書格式，如符合前開之原則，均無不可。」

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日



300005 00006

104.07 版