



保險金申請書

申請項目	<input checked="" type="checkbox"/> 一般醫療 <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 其他：_____																										
<small>※原「殘廢」用詞，配合保險法部分條文修正，自107年6月15日起改為「失能」</small>											<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他																
保單號碼	3001234567 <small>(可填多張)</small>			【申請團體保險者填寫】 身故者與員工關係：								員工姓名：王○明 身分ID：A120123123 員編：002525															
被保險人姓名	王○美		身分ID	A	2	2	3	4	5	6	7	8	9	出生日期	96年10月10日		職業	學生									
※請詳述事故原因、發生地點、經過情形及曾經就診醫院診斷： <small>(請據實填寫，以免影響理賠權益)</small>													回家途中被機車撞倒					意外事故若有報警處理，填寫此區可加速理賠作業。					事故時間：110年1月23日 <input checked="" type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午8時15分 如係意外事故是否曾報警處理？ <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 處理憲警單位：士林分局交通隊 員警姓名：林○凱 電話：8123-4567				
※提醒您：醫療保險金受益人為未成人時，須以法定代理人為受款人，但如因此致本公司不利或損失，願負連帶返還保險金之責，絕無異議。(若法定代理人與要保人非同一人時，首次申請需檢附事故日後之戶籍謄本。)																											
付款方式	<input checked="" type="checkbox"/> 匯款	戶名	王○美		行庫名稱	中國信託商業銀行			分支行庫名稱	城中分行			帳號	123456789012													
		<input type="checkbox"/> 匯款至前次理賠帳號 <input type="checkbox"/> 保險金信託(須檢附保險金信託帳戶資料) <input type="checkbox"/> 設定為下期健康檢查金給付帳號																									
	※提醒您：選擇匯款者，倘若戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得逕行改以其他指定受款人。																										
	<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 交由服務人員親自遞送 <input type="checkbox"/> 郵寄至聯絡地址 <input type="checkbox"/> 未成年受益人以法定代理人為支票受款人																									
受益人/法定代理人聯絡資訊				市話：(02) 8765-4321				行動電話：0901-234567				(必填)															
E-mail：al2345@gmail.com				聯絡地址：100 台北市忠孝西路一段50號2樓 (必填)																							
蒐集、處理及利用個人資料告知																											
<p>台灣人壽保險公司(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(間接蒐集者為個資法第九條第一項)規定，向台端告知下列事項，請台端詳閱：</p> <p>一、蒐集之目的：(一)人身保險(0-0-)(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)</p> <p>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」詳如本申請書及應備文件內容所載。</p> <p>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)與第三人共同行本公司各項業務內所委託往來之第三人。</p> <p>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(分)公司及本公司海外分支機構、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、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、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。</p> <p>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、電子郵件或傳真方式。</p> <p>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，因此可能延遲或無法提供台端相關服務或給付。</p>																											
本人(身故保險金受益人)同意 貴公司將本次理賠申請所附之相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料比對，以確認內容正確性。																											
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 本人(被保險人)同意 貴公司於保險業務範圍內，得蒐集、處理及利用本人相關病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司各項業務內所委託往來之第三人或有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。																											
<input type="checkbox"/> 申請身故件/完全失能保險金，因保單已遺失，立書人聲明保單作廢，無須補發。 <input type="checkbox"/> 為保留健康增值保險金，立書人同意本次不申請含有健康增值保險金之險種(如不勾選視為同意申請)。																											
立書人簽章		王○美			法定代理人/		王○明																				
(即受益人本人)					監護人簽章																						
身分證字號		A223456789			身分證字號		A120123123			關係： 父女																	
<small>(受益人無法簽章請註明理由；7歲以上被保險人請親自簽名。受益人為未成人或受監護宣告之人，請填寫法定代理人/監護人，並檢附關係證明。)</small>																											
中華民國 111 年 1 月 1 日																											
要保單位	送件單位：				受理欄位	送件單位				理賠單位																	
	職稱：					受理日期				受理日期																	
	送件人姓名：					受益人務必親自簽名；若未成年或受監護宣告，法定代理人/監護人亦需簽名！																					
	登錄證字號：																										
手機：																											

病歷資料調閱及事故確認授權書

茲因向台灣人壽保險股份有限公司(下稱台灣人壽)申請保險給付之需要，立授權書人 王○美 (與事故人關係：本人 配偶 受益人 法定代理人 監護人 輔助人 其他 _____) 同意並委託台灣人壽指派之人員向貴醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位，索引、查詢(包含以查詢為目的之醫療院所網路掛號系統、電話語音掛號系統之操作或配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之掛號行為)、調閱、抄錄、影印事故人就診相關病歷、電腦檔案資料及本案事故資料以為參證之用，授權查詢事項如下：

一、事故人基本資料

姓名：王○美、生日：民國 96 年 10 月 10 日、身分證字號：A223456789

二、事故人就診及事故資料查閱範圍(請就查詢範圍勾選後依示填寫，可複選)

- 事故人在貴醫院(診所)之全部門、急診紀錄。
- 如有在貴醫院(診所)住院者，另提供各該次住院之全部出(住)院病歷摘要。
- 查詢自 _____ 年 _____ 月 _____ 日往前回溯 _____ 年(不得超過5年)之全部門、急診紀錄。
- 前開期間內如有在貴醫院(診所)住院者，另提供期間內各該次住院之全部出(住)院病歷摘要。
- 特定就診資料：
查詢期間：_____ 年 _____ 月 _____ 日前 _____ 年(月)內。
就診科別：_____ (應具體列明，但不以一科為限)
就診病名：_____ (應具體列明，但不以一項病名為限)
查詢項目(請勾選，可複選)： 門、急診紀錄 出(住)院病歷摘要 檢驗紀錄 護理紀錄
 其他 _____
- 查詢 _____ 年 _____ 月 _____ 日發生之交通事故資料，包含(請勾選，可複選)
- 酒精濃度 現場圖 現場照片 交通事故初步分析研判表 其他 _____
- 其他：_____

三、授權書有效期間：本授權書簽立日期起6個月。

上述欄位如有空白，立授權書人同意委由台灣人壽人員於個人資料保護法規範圍內代為填寫，並聲明：立授權書人同意並委託台灣人壽就本授權書為影印使用，影本與正本具同等效力且依前述內容辦理。若因醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位要求提供特定格式聲明書，本人願意配合台灣人壽協助提供相關文件。特立此書存照。

此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位

立授權書人簽名並蓋章：王○美 身分證字號：A223456789

法定代理人/監護人簽名並蓋章：王○明 身分證字號：A120123123

(事故人、身故受益人為未成年人、受監護宣告者或受輔助宣告者，請填寫並請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)

聯絡電話：8765-4321、0901-234567

聯絡地址：台北市中正區忠孝西路一段50號2樓

本授權書簽立日期：中華民國 111 年 1 月 1 日