



※為加速審理流程，本申請書請申請人逐項填寫。應備文件、填寫說明，敬請詳閱第2頁說明。

一、**團體保險保單號碼：** _____ **事故人姓名：** _____ **身分證號碼：** _____

※ 若同一事故人投保多張保單時，僅需填寫一份申請書即可。

(申請之「員工姓名」)

事故者與員工之關係：本人 配偶 子女 父母)

出生日期	聯絡電話	行動電話
聯絡地址： □□□□□	縣市	鄉鎮市區
	村里	路街
	段	巷弄
		號之樓之

二、申請項目

醫療類	<input type="checkbox"/> 一般醫療	<input type="checkbox"/> 癌症醫療
身故或殘廢類	<input type="checkbox"/> 身故給付	<input type="checkbox"/> 全殘給付 <input type="checkbox"/> 殘廢給付
其他類	<input type="checkbox"/> 重大疾病	<input type="checkbox"/> 職業傷害險 <input type="checkbox"/> 收據差額給付證明 <input type="checkbox"/> 其他：

三、事故內容

事故時間： 年 月 日 上午 下午 時 分 事故種類：疾病 意外 就診身分：健保 自費

曾就診醫院/診所： _____ (※請務必提供「診斷證明書」並填寫第3頁之「同意查詢暨授權聲明書」)

※若為意外事故，請續填以下欄位。

事故時職業及工作內容： _____ 報案日期： 年 月 日

事故地點：自家 職場 其他 _____

處理事故單位： _____ 分局 _____ 派出所 _____ 員警姓名： _____ 電話： _____

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。)

四、給付方式

<input type="checkbox"/> 匯款	戶名	金融機構名稱	分行名稱	帳號
<input type="checkbox"/> 支票	郵寄至 <input type="checkbox"/> 要保單位(由所屬公司轉交) <input type="checkbox"/> 遠雄人壽營業處(由遠雄人壽展業人員轉交) <input type="checkbox"/> 事故人之聯絡地址 <input type="checkbox"/> 其他指定地址 _____	要保單位簽章欄		

※1.若多位受益人並已檢附存摺封面影本，可免填匯款帳戶資料。
 ※2.未勾選給付方式或匯款給付帳戶資料未填、帳戶資料無法辨識，且未附存摺影本，本公司得逕開立支票給付。
 ※3.未滿二十歲以下之受益人，若有取消支票禁止背書轉讓需求，請受益人及法定代理人檢附「支票變更申請書」及身分證明文件，經驗證受益人身分後始予受理此項作業，支票金額逾五萬元者請受益人及法定代理人檢附身分證明文件正本，親臨本公司櫃檯辦理取消支票禁止背書轉讓作業。

要保單位 _____ 負責人 _____

壽險業履行個人資料保護法告知義務

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(下稱個資法)第八條第一項及第九條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：○一一人身保險、○二外匯業務、○三存款與匯款、○五六法院審判業務、○五九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、○六○金融爭議處理、○六一金融監督、管理與檢查、○六六保險監理、○六七信用卡、現金卡、轉帳卡或電子票證業務、○六九契約、類似契約或其他法律關係事務、○八五旅外國人急難救助、○九○消費者、客戶管理與服務、一八一其他經營合於營業登記目的或組織章程所定業務等合理關連之特定目的。(二)其他法令許可之事由或目的。二、蒐集之個人資料類別：以 台端與本公司往來業務及契約書、授權書及申請書等所列必要個人資料類別為限。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。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、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再保險公司、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：台端得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。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，本公司將可能延後或無法進行必要審核及處理作業，因此可能延遲或無法提供 台端相關服務或給付。

聲明同意事項：

1.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。

事故人簽名： _____ 身分證號碼 _____

受益人簽名： _____ 身分證號碼 _____ 法定代理人簽名： _____ 身分證號碼 _____

(受益人為事故者本人僅於受益人簽名欄位簽名即可)

(受益人/事故人為未成年人或受監護宣告人需填寫)

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (※若未填寫，以本公司受理當日為申請日)

服務人員姓名：	服務人員 ID 或合約編號：	送件單位/代碼	行政助理受理章
聯絡電話：	行動電話：		



申請項目		申請理賠給付時應檢附之文件	
醫療給付	實支實付型給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 卹意查詢暨授權聲明書	3. 診斷證明書 4. 醫療費用收據正本及費用明細表
	日額給付型給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 卹意查詢暨授權聲明書	3. 診斷證明書
	骨折給付	1. 團體保險理賠申請書 2. X光片	3. 診斷證明書
癌症給付	初次罹患給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 卹意查詢暨授權聲明書	3. 診斷證明書 4. 相關檢驗或病理切片報告
	癌症醫療給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 卹意查詢暨授權聲明書 3. 診斷證明書	● 住院：癌症住院診斷書 ● 手術：癌症外科手術診斷書 ● 門診：癌症門診診斷證明書 ● 放射線治療：放射線治療診斷書
	身故給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 卹意查詢暨授權聲明書 3. 診斷證明書	4. 死亡證明書或相驗屍體證明書 5. 除户户籍謄本 6. 受益人身分證明
重大疾病生前給付		1. 團體保險理賠申請書 2. 卹意查詢暨授權聲明書	3. 診斷證明書 4. 相關檢驗或病理切片報告
殘廢給付		1. 團體保險理賠申請書 2. 卹意查詢暨授權聲明書 3. 診斷證明書	● 意外殘廢：需檢附意外傷害事故證明文件 ● 截肢或缺損：X光片
身故給付		1. 團體保險理賠申請書 2. 卹意查詢暨授權聲明書 3. 死亡證明書或相驗屍體證明書	4. 除户户籍謄本 5. 受益人身分證明 6. 法定繼承人聲明卹意書 ● 意外身故：需檢附意外傷害事故證明文件
職業災害給付	身故給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 勞工保險給付收據影本 3. 死亡證明書或相驗屍體證明書	4. 除户户籍謄本 5. 受益人身分證明
	殘廢給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 勞工保險給付收據影本	3. 殘廢診斷書 4. 意外傷害事故證明文件
	喪失工作能力保險金	1. 團體保險理賠申請書 2. 勞工保險給付收據影本	3. 職業災害證明文件 4. 喪失原有工作能力診斷證明
	所得補償保險金	1. 團體保險理賠申請書 2. 勞工保險給付收據影本	3. 職業災害證明文件

一、注意事項：

- 如有因申請資料不齊全而遭退件時，請於收到退件資料後「3日內」將資料補全完畢，經服務人員送件者請交日行政助理轉送「總公司團體保險部」，電話：02-2758-3099 轉團體保險部。
- 各項保險金給付申請文件，以送達本公司各理賠單位為受理開始。
- 上述應備文件係依保單條款約定，未列文件且為理賠審核需要者，將由承辦人員另行通知補全。
- 國外開立之證明文件應依相關法令規定進行公證及驗證後使用，詳情可上外交部領事事務局網站查詢。
- 身故原因為「解剖鑑定中」者，應補「解剖鑑定報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 因「骨折」申請意外傷害醫療保險金或殘廢理賠時，除檢附診斷證明書外，並請檢附X光片以區別骨折程度（完全骨折、不完全骨折或龜裂）及確認傷害部位。
- 申請意外身故或全殘時，為加速理賠作業，請一併附上「意外傷害事故證明文件」（如警方證明文件）。
- 申請全殘之被保險人如為精神障礙或心智缺陷致不能為意思表示或受意思表示、不能辨識其意思表示之效果、或上開能力顯有不足者，需檢附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。
- 申請與「癌症」有關之理賠（如：重大疾病、癌症醫療、癌症身故），應檢附癌症病理切片或相關檢驗報告以資證明。
- 醫療原因之剖腹產給付，地區醫院等級(含)以上免附病歷，婦產科診所需檢附病歷影印本或產程記錄。
- 受益人身分證明係指受益人之戶籍謄本或受益人身分證正反面影本(若受益人指定為法定繼承人，除身分證正反面影印本外，尚須檢附受益人之全部戶籍謄本並填具「繼承人聲明卹意書」，以便確認受益人人數與給付金額)。
- 為有利於理賠調查作業，承辦人員可能會通知補具各機關(醫院)專用「卹意查詢暨授權聲明書」。倘立書人為事故人/身故受益人之法定代理人時，請一併檢附關係證明(如戶口名簿影本等)。
- 非本人提出理賠申請時，須附委託書並請被委託人一併詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」。
- 依全民健康保險法與全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法之規定：
 - 13.1歸責保險人未在15日內給付保險金所衍生之延滯利息係屬所得稅法所稱之利息所得，為補充保險費之扣取範疇。
 - 13.2延滯利息單次給付金額新台幣5,000元~1,000萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費。



印 查 詢 暨 授 權 聲 明 書

茲因向遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱遠雄人壽)申請保險給付投保商業保險之需要，立同意書人_____ (與事故人關係：本人受益人法定代理人其他_____) 同意並委託遠雄人壽向 貴醫院 (診所)、警局 (派出所)、消防 (救護) 機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位，索引、查詢(含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_____ (生日：民國___年___月___日生，身分證號碼：_____) 自契約生效日：民國___年___月___日前五年內迄本同意聲明書簽章日為止之就診且不限科別之相關病歷 (病名：_____)、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證使用。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由遠雄人壽人員代為填寫，並聲明：立同意書人同意並委託遠雄人壽就本同意聲明書為影印使用；立同意書人同意本同意聲明書之影印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、壽險公會、保險公司或相關單位要求提供特定格式同意書，本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。

此致

各有關醫院 (診所)、警局 (派出所)、消防 (救護) 機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位。

立同意書人： [簽名並蓋章] 身分證號碼：

法定代理人： [簽名並蓋章] 身分證號碼：

聯絡電話：

行動電話：

聯絡地址：

中 華 民 國： 年 月 日

註：請您於申請理賠時一併於此頁簽名同意，本公司將會從速辦理，若經評估本案需要查詢病歷而您未簽名同意時，將會影響本次理賠辦理的速度。(提醒您，部分醫院例如：臺大醫院、各地榮民總醫院、各衛生福利部醫院、各地慈濟醫院等，皆會要求使用該院之專用制式表格，如需要您再行簽名，屆時會再通知您協助。)

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:

一、蒐集之目的:

- (一)人身保險(001)、法院審判業務(056)、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)、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)、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。
- (二)其他法令許可之事由或目的。

二、蒐集之個人資料類別:

以 台端與本公司往來之業務及契約書、授權書及申請書等所列必要個人資料類別為限。

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。

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、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再保險公司、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。

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。

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。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

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 台端與本公司往來之業務及契約書、授權書及申請書等所列告知事項外,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,將於人身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、處理及利用前述資料,本公司將可能無法提供 台端相關人身保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人),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、處理及利用本人之病歷、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

遠雄人壽保險事業股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名: _____

若涉及要保人豁免保費或家屬附約投保申請時,須請要保人及家屬附約之被保險人親簽確認
未滿七足歲者,由法定代理人代為簽名,七足歲(含)以上未滿二十足歲者,由本人及法定代理人簽名

法定代理人/監護人/輔助人簽名: _____(與被保險人關係: _____)

(立同意書人為未成年人或受監護或受輔助宣告之人需填寫)

中華民國 年 月 日