



申請資料	事故人	張小明	身分證字號	A100456789	出生日期	95年01月01日		
	<input checked="" type="checkbox"/> 個人險 <input type="checkbox"/> 團體險	旅行平安險保單號碼：						
意外事故	申請項目：	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input checked="" type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 生命末期提前給付 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 收據差額證明						
	※申請身故或完全殘廢等保險金而契約終止時，如保險單已遺失，本人聲明於申請前述保險金之日起作廢。 ※事故人於本公司投保之所有有效保險契約，均視為已依本申請書提出理賠申請，其給付與否將依各保險契約條款約定辦理。							
給付方式	發生時間	105年6月1日11時	發生地點	松江路長春路口	事故時職業	學生		
	請勾選發生原因並詳述經過	<input checked="" type="checkbox"/> 車禍 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 高處墜落 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 被人毆打 <input type="checkbox"/> 其他：						
給付方式	處理單位	台北中山分局/派出所	處理員警	李四	聯絡電話	02-12345678		
	※給付方式未勾選、填寫有誤或不完整者，本公司得逕行改以禁止背書轉讓支票給付。 ※下述帳戶確為本人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯/退匯時，概由本人自行負責。							
	給付方式	<input type="checkbox"/> 支票(外幣保單限匯款方式)		寄送方式 <input type="checkbox"/> 下方聯絡地址 <input type="checkbox"/> 請送件業務員轉交 <input type="checkbox"/> 團險件請由要保公司轉交				
		<input checked="" type="checkbox"/> 匯款(請正楷詳填下列資料)		匯款至 <input type="checkbox"/> 受益人之帳號 <input checked="" type="checkbox"/> 受益人之法定代理人/監護人之帳號				
	戶名	張大明						
	金融機構	<input type="checkbox"/> 郵局 / <input checked="" type="checkbox"/> 渣打銀行 /		銀行	中壢	分行	分行代碼	0520041
	帳號	12345677654321						
	外幣保單另請提供							
	英文戶名			英譯銀行名稱				
	通匯代號 SWIFT Code			英譯銀行地址				
OIU 保單另請提供								
受款人國籍			E-Mail					
英譯受款人地址								
同意事項	病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書							
	被保險人(以下簡稱本人)同意 貴公司得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，就本人個人病歷、醫療及健康檢查等資料進行蒐集、處理及利用，並於確定或履行 貴公司與本人間之保險契約義務特定目的之必要範圍內為之(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)。							
聲明事項	1. 本人茲委任「送件業務員/保險經紀人/保險代理人」(即受任人)代為處理本件理賠申請事宜，本人同意 貴公司將本件理賠結果內容通知受任人，並將理賠申請相關文件交付予受任人，由其代為轉交。							
	2. 為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書(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。							
簽章欄與聯絡資料	被保險人(事故人)/ 受益人：張小明 【請簽章】							
	法定代理人/監護人/輔助人：張大明 【請簽章】身分證字號：L100456789							
	聯絡地址：(郵遞區號 110) 台北市信義區人愛路1000號8樓							
	聯絡電話：02-87654321 行動電話：0988-654321							
業填務欄	業務員/保險代理人/ 保險經紀人	請簽名		登錄證號/ 員工編號	行動電話			
	業務員 所屬單位	請蓋章		收件單位 受理欄	理賠號碼			





申請資料	事故人	張 小 明	身分證字號	A 1 0 0 4 5 6 7 8 9	出生日期	9 5 年 0 1 月 0 1 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> 個人險 <input type="checkbox"/> 團體險	旅行平安險保單號碼：					
意外事故	申請項目：	<input checked="" type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 生命末期提前給付 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 收據差額證明					
	※申請身故或完全殘廢等保險金而契約終止時，如保險單已遺失，本人聲明於申請前述保險金之日起作廢。 ※事故人於本公司投保之所有有效保險契約，均視為已依本申請書提出理賠申請，其給付與否將依各保險契約條款約定辦理。						
意外事故	發生時間	105年6月1日11時	發生地點	松江路長春路口	事故時職業	學生	
	請勾選發生原因並詳述經過	<input checked="" type="checkbox"/> 車禍 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 高處墜落 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 被人毆打 <input type="checkbox"/> 其他：					
給付方式	處理單位	台北中山分局/派出所	處理員警	李四	聯絡電話	02-12345678	
	※給付方式未勾選、填寫有誤或不完整者，本公司得逕行改以禁止背書轉讓支票給付。 ※下述帳戶確為本人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯/退匯時，概由本人自行負責。						
給付方式	給付方式	<input type="checkbox"/> 支票(外幣保單限匯款方式)		寄送方式 <input type="checkbox"/> 下方聯絡地址 <input type="checkbox"/> 請送件業務員轉交 <input type="checkbox"/> 團險件請由要保公司轉交			
		<input checked="" type="checkbox"/> 匯款(請正楷詳填下列資料)		匯款至 <input checked="" type="checkbox"/> 受益人之帳號 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人/監護人之帳號			
	戶名	張大明					
	金融機構	<input type="checkbox"/> 郵局 / <input type="checkbox"/> 渣打銀行 / 台灣		銀行	松山	分行代碼	0040646
	帳號	12345677654321					
	外幣保單另請提供						
	英文戶名	Chang Da ming	英譯銀行名稱	BANK OF TAIWAN SUNGSHAN BRANCH			
	通匯代號 SWIFT Code	BKTWTWTP064	英譯銀行地址	560,Sec.4,Jhongsiao East Road, Taipei, Taiwan,R.O.C			
	OIU 保單另請提供						
	受款人國籍			E-Mail			
英譯受款人地址							
同意事項	病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書 被保險人(以下簡稱本人)同意 貴公司得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，就本人個人病歷、醫療及健康檢查等資料進行蒐集、處理及利用，並於確定或履行 貴公司與本人間之保險契約義務特定目的之必要範圍內為之(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)。						
	聲明事項	1. 本人茲委任「送件業務員/保險經紀人/保險代理人」(即受任人)代為處理本件理賠申請事宜，本人同意 貴公司將本件理賠結果內容通知受任人，並將理賠申請相關文件交付予受任人，由其代為轉交。 2. 為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書(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。					
簽章欄與聯絡資料		被保險人(事故人)/ 受益人：張小明 【請簽章】					
	法定代理人/監護人/輔助人：張大明 【請簽章】身分證字號：L100456789						
	聯絡地址：(郵遞區號 110) 台北市信義區人愛路1000號8樓						
	聯絡電話：02-87654321 行動電話：0988-654321						
業填寫欄	業務員/保險代理人/保險經紀人	請簽名	登錄證號/員工編號	行動電話			
	業務員所屬單位	請蓋章	收件單位受理欄	理賠號碼			



※理賠申請應檢附文件，建議您可自行檢視並可勾選是否已備齊，以利理賠申請作業。

疾病身故保險金	意外身故保險金	殘廢保險金
<input type="checkbox"/> 理賠保險金申請書 <input type="checkbox"/> 保險單正本或其謄本 <input type="checkbox"/> 死亡診斷證明書正本或副本 <input type="checkbox"/> 被保險人除戶戶籍謄本正本 <input type="checkbox"/> 受益人的身分證明 <input type="checkbox"/> 申請癌症身故保險金，另需檢附病理切片報告	<input type="checkbox"/> 理賠保險金申請書 <input type="checkbox"/> 保險單正本或其謄本 <input type="checkbox"/> 死亡診斷證明書或相驗屍體證明書正本或副本 <input type="checkbox"/> 被保險人除戶戶籍謄本正本 <input type="checkbox"/> 受益人的身分證明	<input type="checkbox"/> 理賠保險金申請書 <input type="checkbox"/> 保險單正本或其謄本(完全殘廢) <input type="checkbox"/> 殘廢診斷證明書正本或副本 <input type="checkbox"/> 受益人的身分證明
長期照顧保險金	日額型、定額醫療保險金	實支實付型醫療保險金
<input type="checkbox"/> 保險單或其謄本 <input type="checkbox"/> 最近一個月內「醫院」所開具「長期照顧狀態」的診斷證明書及巴氏量表或臨床失智評分量表或簡易智能測驗或其他專業評量表 <input type="checkbox"/> 長期照顧狀態之相關病歷摘要 <input type="checkbox"/> 理賠保險金申請書 ※每年相當第一次給付日的五日前應檢齊上述第二項至第四項文件覆查	<input type="checkbox"/> 理賠保險金申請書 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本或副本 <input type="checkbox"/> 受益人的身分證明 ※若申請意外住院醫療 (ML) 且有骨折者，須檢附 X 光片或光碟	<input type="checkbox"/> 理賠保險金申請書 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本或副本 <input type="checkbox"/> 收據正本或副本 (但申請團體險，除另有約定，一般醫療或意外醫療險須檢附正本收據) <input type="checkbox"/> 受益人的身分證明
癌症、重大疾病、特定傷病保險金	豁免保險費	提前給付保險金
<input type="checkbox"/> 理賠保險金申請書 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本或副本 <input type="checkbox"/> 因癌症申領者，須檢附病理切片報告正本或副本或相關檢驗報告 <input type="checkbox"/> 受益人的身分證明	<input type="checkbox"/> 理賠保險金申請書 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本或副本 <input type="checkbox"/> 殘廢診斷證明書正本或副本(殘廢) <input type="checkbox"/> 死亡診斷證明書正本或副本及除戶戶籍謄本正本(身故) <input type="checkbox"/> 保險單正本或其謄本 <input type="checkbox"/> 受益人的身分證明	<input type="checkbox"/> 理賠保險金申請書 <input type="checkbox"/> 保險單正本或其謄本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本或副本及病歷證明 <input type="checkbox"/> 受益人的身分證明

※應檢附文件資料說明及申請注意事項如下：

- 若主、附約依約給付後終止，而該保單仍有附加其他長年期附約者，且該長年期附約之被保險人仍生存者，一律自動延續該長年期附約效力至滿期。惟若有下列情形時，請繼續辦理保單變更：
 - 本保單之要保人與主契約被保險人為同一人且身故者，請以「保險契約內容變更申請書」辦理要保人變更 (須符合保險利益)，各附約被保險人均須簽名同意。
 - 若原付款授權人已身故，請填寫『轉帳授權申請暨約定書』辦理付款人變更；在未變更前保單之收費管道將改為自行繳費方式。
- 理賠保險金申請書須由受益人本人親自填妥簽章，如受益人不只一人時，所有受益人均須簽章。
 - 如為未滿七歲之未成年者，則由其法定代理人代為簽章 (簽章須為未滿七歲未成年者之姓名) 及其法定代理人簽章。
 - 如已滿七歲但未滿二十歲之限制行為能力者，由受益人本人及其法定代理人簽章。
 - 上述由法定代理人簽章之情形，須檢附被保險人或受益人與法定代理人之關係證明 (如戶口名簿影本或戶籍謄本正本)。
 - 受益人為受監護或輔助宣告之人，須由其監護人或輔助人代為簽名蓋章，並請檢附法院宣告監護或輔助之裁定書。
 - 如不識字、手部受傷或缺失而無法簽名，可以手印或印章代替，但須有二位見證人簽名並填上身分證字號。
- 副本：係指影印本並再加蓋醫院、診所或地檢署之關防。(勿檢附彩色影印本)
- 身故件之「死亡原因」為「解剖鑑定中」者，受益人應檢附「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 申請意外身故或殘廢件，請提供「意外傷害事故證明文件」(如警方證明文件)等資料，以加速審核。
- 受益人的身分證明：
 - 要保書上若已指名身故受益人，受益人可檢附戶籍謄本正本或身分證影印本或戶口名簿影印本。
 - 若受益人為法定繼承人者，則須檢附全體法定繼承人之戶籍謄本正本。
- 申請原因若為「失蹤」：
 - 一般失蹤件，申請時請檢附法院「死亡宣告」判決 (代替死亡證明書)、登記失蹤之戶籍謄本 (代替除戶戶籍謄本) 和「全體受益人切結書」。
 - 如為意外失蹤件，除檢附法院「死亡宣告」判決、登記失蹤之戶籍謄本和「全體受益人切結書」外，另需檢附「意外事故證明」。
- 申請「提前給付」、「殘廢保險金」、「豁免保險費」者，若本公司評估被保險人體況必須進行體檢時，其費用由本公司負擔。
- 申請於國外發生保險事故時，請檢附護照影本及相關就診之完整病歷資料，以加速理賠處理時效。
- 倘若保險契約遭強制執行，且受益人 (即債務人) 申請之保險金屬於強制執行法第 122 條第 2 項規定所稱之「係維持債務人及其共同生活之親屬生活所必需者」，得依強制執行法第 12 條規定向法院聲請或聲明異議。
- 申請 OIU 保單之身故或完全殘廢理賠時，須經中華民國駐外單位(館處)或其授權之機構驗證被保險人死亡證明書或殘廢診斷證明書。
- 除上列各項應備文件外，本公司經審核如認為需要其他相關證明文件時，將會另行通知受益人。
- 填寫本申請書如有任何疑問，請撥客服專線 0809-0809-68 或海外免費諮詢暨申訴專線 +800-0809-6868，本公司將有專人竭誠為您服務！

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

保誠人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、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,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (一) 001 人身保險
- (二) 181 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:

姓名、身分證統一編號、出生年月日、住家電話、行動電話、住所通訊地址、戶籍地址、e-mail、年齡、性別、國籍、財務資料、病歷、醫療、健康檢查及其他依執行業務所需蒐集之個人資料。

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。

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:

相關申請表單可洽客服專線 0809-0809-68 或海外諮詢暨申訴專線 +800-0809-6868,並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。

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。

同意查詢授權聲明書

茲因申請保誠人壽保險股份有限公司（下稱保誠人壽）保險理賠給付之需要，立聲明書人 張大明（下稱本人）為保險契約被保險人 張小明 之 本人 受益人 法定代理人 監護人 / 輔助人 其他：_____，同意並委託保誠人壽指派之人員向 各醫療院所、警察機關（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、監理機關、地方法院檢察署、壽險公會、保險公司或其他相關單位，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、影印被保險人 _____（身分證字號：A100456789 出生日期：95年01月01日）自契約生效日 _____ 年 _____ 月 _____ 日前五年內迄本同意查詢授權聲明書簽章日為止之就診且不限科別之特定疾病的相關病歷資料（病名：_____）或本案事故資料以為參證之用。上述欄位如有空白，本人同意委由保誠人壽人員代為填寫，本人並同意保誠人壽就本同意查詢授權聲明書得影印使用，其影本與正本具同等效力。

此致

各有關醫療院所、警察機關、消防機關、監理機關、地方法院檢察署、保險公司或其它相關單位

立聲明書人簽名蓋章：張大明 身分證字號：L100456789

法定代理人/監護人/輔助人簽名蓋章：_____ 身分證字號：_____
（立聲明書人為未成年人或受監護宣告者或受輔助宣告者，須法定代理人/監護人/輔助人簽章，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：（02）87654321 行動電話：0988-654321

聯絡地址： 台北市信義區人愛路 1000 號 8 樓

日期：106 年 7 月 15 日

備註：

1. 為有助於理賠審核作業，請同時填寫本聲明書。本聲明書僅供向各醫療機構調閱病歷及向警察機關、消防機關、監理機關或地方法院檢察署等單位查證事故經過之用，不另做其他用途。
2. 部分醫院需檢附該醫院制式同意書及相關文件，理賠案件受理後若有需要將有專人與您連絡處理相事宜。