



# 旺旺友聯產物保險股份有限公司

## Union Insurance Co., Ltd.

台北市忠孝東路四段 219 號 12 樓

電話:02-2776-5567 傳真: 02-2773-3509

### 健康及傷害保險理賠申請書暨同意書

要保人或受益人應於知悉本公司應負保險責任之事故後十日內通知本公司，

並於通知後儘速檢具所需文件向本公司申請給付保險金。

通知日期： 年 月 日

保單號碼			保險期間	年 月 日至 年 月 日	
要保人	中華郵政工會	事故人現址			電話
事故人	身分證字號		出險地點		
申請理賠項目： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 住院日額 <input type="checkbox"/> 意外醫療 <input type="checkbox"/> 健康險					
意外			疾病(限投保健康險)		
事故發生時間： 年 月 日 午 時 分			診斷病名：		
事故經過及原因：			就診醫院：		
憲警處理單位： 分局 派出所			住院期間：		
警員姓名：			電話：		
理賠金給付方式： <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 匯款： 銀行 分行 帳號					
戶名 (請附存摺影本)					
檢附文件：〈請打✓〉 <input type="checkbox"/> 醫師診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據(正本) <input type="checkbox"/> X光片 <input type="checkbox"/> 保險單					
<input type="checkbox"/> 死亡證明書 <input type="checkbox"/> 相驗屍體證明書 <input type="checkbox"/> 除戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 印鑑證明					
<input type="checkbox"/> 意外事故證明文件 <input type="checkbox"/> 其他相關佐證單據或文件 <input type="checkbox"/> 存摺影本					

※請填寫行動電話以利結案簡訊通知

### 聲 明 暨 同 意 書

- 茲特聲明本申請書所填各項均為余所知之真實情形，否則自願放棄本保單之一切權利。
- 本人同意旺旺友聯產物保險股份有限公司於理賠目的及法令許可範圍內，蒐集、電腦處理及利用本人之個人資料，並將前開資料轉送中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險犯罪防制中心及財團法人保險事業發展中心建立電腦連線資料。
- 本人同意旺旺友聯產物保險股份有限公司調閱、抄錄、影印、詢問 本人 配偶 子女 家屬(姓名： 出生年月日： / / 身分證字號： )所有在醫療院所、健保局、檢驗所、地檢署、警察局、派出所、消防、救護、產壽險公會、保險公司等相關單位之病歷及資料，並聲明本同意書影本與正本具同等效力，特立此同意書為憑。

事故人/受益人/立同意書人簽章：

身分證字號：

法定代理人

簽章：

身分證字號：

〔事故人或受益人為未成年人或受監護宣告人時，須請法定代理人簽章〕

中 華 民 國 年 月 日

送件通路單位：

業務員：

聯絡電話：

# 旺旺友聯產物保險股份有限公司

105.10.11 旺總風管字第 1738 號函備查

## 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴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、處理或利用，除 貴公司「告知說明書」所列告知事項外，得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內(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)為之。本人已瞭解若不同意 貴公司蒐集、處理或利用前述資料， 貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

此致

旺旺友聯產物保險股份有限公司

立同意書人 簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人 簽名：\_\_\_\_\_

中華民國                      年                      月                      日

## 保險經紀人履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

台一保險經紀人股份有限公司(下稱本公司)及本公司所經紀之保險公司依據個人資料保護法(以下稱個資法)第8條第1項(如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:(一)保險經紀。(二)人身保險。(三)財產保險。

(四)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) 識別類: 1. 辨識個人者: 如姓名、職稱、住址、電話、電子郵件地址及其他任何可辨識資料本人者等。  
2. 辨識財務者: 如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。  
3. 政府資料中之辨識者: 如身分證統一編號、統一證號、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。
- (二) 特徵類: 1. 個人描述: 如年齡、性別、出生年月日等。2. 身體描述: 如身高、體重等。  
3. 習慣: 如抽煙、喝酒等。

(三) 家庭情形: 如結婚有無、家庭成員之細節等。

(四) 社會情況: 如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等。

(五) 財務細節: 如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易記錄、票據信用、保險細節等。

(六) 健康與其他: 如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料等。

(七) 其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。

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(分)公司、本公司所經紀之保險公司、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人保險犯罪防制中心、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、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、依法有調查權機關或金融監理機關及因原業務同仁離職而接續服務之同仁。

(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3條規定, 台端就本公司及本公司所經紀之保險公司保有 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: 以書面或其他日後可供證明之方式。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用): 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作業, 因此將婉謝、延遲或無法提供台端相關服務。

要保人簽名: 中華郵政工會

法定代理人簽名: \_\_\_\_\_

請註明關係

✓ 被保險人簽名: \_\_\_\_\_

(若要保人、被保險人未滿20 足歲, 需其法定代理人一併簽章)

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 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, 除上列「告知說明書」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、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 本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業務相關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 台一保險經紀人股份有限公司

✓ 立同意書人(即被保險人)簽名: \_\_\_\_\_

眷屬被保險人

配偶簽名: \_\_\_\_\_

子女簽名: \_\_\_\_\_

父母簽名: \_\_\_\_\_

法定代理人簽名: \_\_\_\_\_

請註明關係

(若要保人、被保險人未滿20 足歲, 需其法定代理人一併簽章)

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

註: 1. 本公司履行上開告知義務, 不限書面或取得當事人簽名, 縱無簽署亦不影響告知效力。

2. 本公司應採下列方式之一保全履行告知義務之證明:

- (1) 電話行銷之電話錄音檔。
- (2) 當事人表明已受告知之書面文件, 或註明當事人已收受告知書之保單、契約變更或理賠等簽收回條。
- (3) 將告知書內容與要保書或保險契約相關申請文件合併列印。

# 中華郵政 51、88、365、100、99 保險 理賠申請應備文件

(註：珍愛 99、駕責、車險、居家理賠申請書請來電索取)

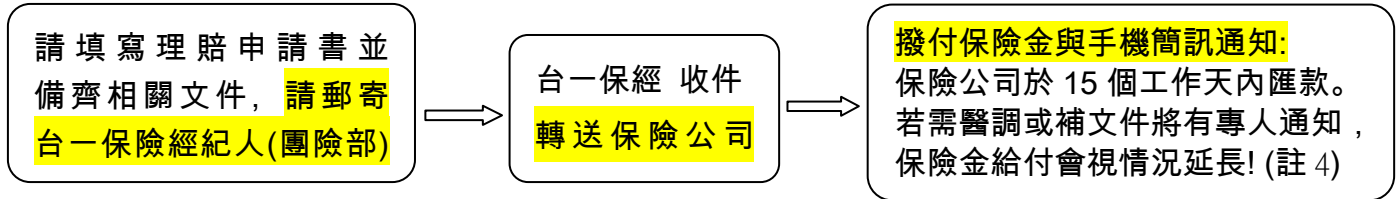
親愛的保戶您好：

申請理賠給付，請備齊下列文件，任何疑問請來電洽詢，我們竭誠為您服務，並祝早日康復、闔家安康、心想事成!!



台一保險經紀人(團險部) 電話:02-2970-5198 傳真:02-8192-4318  
24143 新北市三重區重安街 132 號 6 樓之 1 post@taione.com.tw @taione

## ● 理賠申請流程



## ● 申請各項理賠需備文件：

申請項目	傷害醫療		傷病住院		癌症醫療	意外殘廢			意外身故			疾病身故	
	51	365	88	99	88、100	51	365	88	51	365	88	51 (限員工)	88
申請專案													
兆豐產物理賠申請書(*處為必填)(註1)	V					V			V				
旺旺友聯產物理賠申請書(*處為必填)		V					V			V			
華南產物理賠申請書(*處為必填)			V		V			V			V		V
國泰產物理賠申請書(*處為必填)				V									
全球人壽理賠申請書(*處為必填)(註1)								V	V (限員工)		V	V	V
台一保險經紀人履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書暨特種個資同意書	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
受益人之存摺影本(註2)	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
醫療診斷書正本或副本申請(註3)	V	V	V	V	V								
醫療費用收據正本或副本申請(註3、4) (實支實付型商品申請)(自費用藥請補用藥明細)	V	V											
X光片或斷層掃描正本(註5)	V	V	V										
癌症病理組織切片報告、癌症相關檢驗報告					V								
殘廢診斷書正本						V	V	V					
相驗屍體證明書或死亡診斷書									V	V	V	V	V
被保險人除戶籍謄本									V	V	V	V	V
受益人之戶籍謄本正本 (依身故保險金受益人順位給付)									V	V	V	V	V

註 1. 51 員工意外身故，需備兩份文件，分別送兆豐產物與全球人壽。

註 2. 保險金受益人說明：

(1) 殘廢、醫療、非身故之慰問金等保險金一律為被保險人本人(即事故者本人)。

(2) 身故保險金，依民法繼承篇之順位與比例給付。

註 3. 副本申請：影本需加蓋醫院章，與正本相符。

註 4. 申請意外醫療保險金時，若必要時，保險公司得要求提供意外傷害事故證明文件，或自費用藥明細單。

註 5. 骨折休養金申請須檢附，可申請電子檔。