

國泰產險傷害險、健康險暨旅綜險理賠申請書

<<珍愛99專案>>

欄位有(*)記號者務必完整填寫，年度請填民國年

事故者基本資料									
(*)姓 名		(*)身分(居留)證字號							
(*)出生日期		年 月 日		(*)居住地址		□□□			
(*)行動電話				(*)聯絡電話					
E-mail		☐ @yahoo.com.tw ☐ @gmail.com ☐ @hotmail.com ☐ 其它@		*行動電話及 E-mail 將做為發送理賠作業簡訊及電子理賠給付明細之依據					

申請內容									
(*)申請日期		年 月 日		(*)事故原因		航班編號		1.	
(*)事故日期		年 月 日 時 分		(*)事故地點				2.	
(*)申請種類		☐ 非意外事故(疾病) ☐ 意外事故 ☐ 旅遊不便		(*)相關經過					
(*)理賠類別 (可複選)		☐ 醫療實支(F) ☐ 醫療日額(E) ☐ 死亡(A) ☐ 失能(B) ☐ 防癌(G) ☐ 重大疾病(C) ☐ 行李損失(Z) ☐ 行李延誤(U) ☐ 班機延誤(T) ☐ 旅程延誤(O) ☐ 班機改搭重購票券(N) ☐ 天然災害致班機取消(P) ☐ 其他: _____		工作內容		報案日期 (無則免填)			
				報案機關 (無則免填)		承辦員警 (無則免填)			

保險金給付方式(擇一，以匯款優先)									
☐ 匯款至本人帳戶 ☐ 禁背支票 ☐ 匯款至法定代理人(或監護人)之帳戶 (受益人為未成年時，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，本項另需檢附關係證明文件。)									
戶 名				金融機構				分行名	
帳 號									
☐ 取消禁背支票 (需附賠款專用切結書及證明文件) ☐ 現金 (選取本列給付方式者僅限櫃台親領、受益人為7歲以下或外籍人士)									

注意暨聲明事項									
1. 立書人同意於本公司投保之所有保險契約(以本公司系統載有名冊者為準)，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；另同意國泰產險就本次申請各項理賠通知及給付明細得通知本次送件之國泰服務人員。 2. 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。 3. 【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，本公司為辦理保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、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，於我國境內供國泰世紀產物及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰世紀產物各服務中心或利用本公司免費客戶服務專線(0800-212-880)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。									

特種個資同意書									
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書 立書人已詳閱並瞭解上述【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，以及上開資料將轉送與 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，此同意書係出於立書人意願下所為之意思表示。 (*)立書人(即被保險人)/受益人簽章：									
法定代理人(監護人/輔助人)簽章：									

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。

送件人基本資料									
服務單位		姓 名		身分證字號					
行動電話		保單號碼							

- 服務人員應親晤立書人/受益人，並確實見證本申請書由其簽章；凡代簽名或未親見受益人簽章，致受益人或公司受損害者，須依法負民、刑事及其他相關法律責任。
- 為維護保戶權益，送件前請檢視申請書資料是否完備正確，以利審理流程進行。

109.03 版

(個)



HA0110501

同意查詢聲明書

茲因向國泰世紀產物保險股份有限公司（下稱：國泰產險）☐申請保險給付☐投保商業保險之需要，立書人_____（與事故者關係：☐本人☐父母☐配偶☐子女☐其他_____）同意並委託國泰產險指派之人員向 貴醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、產壽險公會、保險公司或其他相關單位，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明義所為之掛號行為）、問診、調閱抄錄，影印事故人_____（生日：民國____年____月____日生，身分證統一編號：_____）於____年____月____日之至____年____月____日止，因_____疾病就醫相關資料、醫療及健康檢查資料、投保資料或其他與本案事故相關資料（包含書面及電腦檔案）以為參證之用；恐口無憑，特立此書為證。

上述欄位如有空白，立書人委由國泰產險人員代為填寫，並聲明：立書人同意委託國泰產險就本同意書查詢暨授權聲明書為影印使用；並同意本查詢聲明書之影本與正本具同等效力且依前述內容辦理。本授權書僅適用於本次查詢，如有其他需查詢內容得另外提供授權書。

此致 _____

（本聲明同意書由國泰產險影印後填入並由相關單位收執）

※與正本相符，被保險人同意書如發生異議，一切由本公司負責完全法律責任。

立書人簽章：_____身分證字號：_____電話(或手機)號碼：_____

事故者白天易晤地址：_____

法定代理人/監護人或輔助人簽章：_____身分證字號：_____

（立書人為未成年且未婚/為受監護或輔助宣告人者）

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

105.07 版 (個)



AA0110501

請於下方黏貼身分證正反面影本
(或請檢附戶籍謄本)

國民身分證影本
正面黏貼處

國民身分證影本
反面黏貼處

請於下方黏貼存摺面頁影本

存摺面頁影本
封面黏貼處

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:上述對象所在地之地區。(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: 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。