

遠雄 51 團保意外醫療理賠申請所需文件

親愛的保戶您好：

申請理賠給付，應備齊下列文件，若有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!!



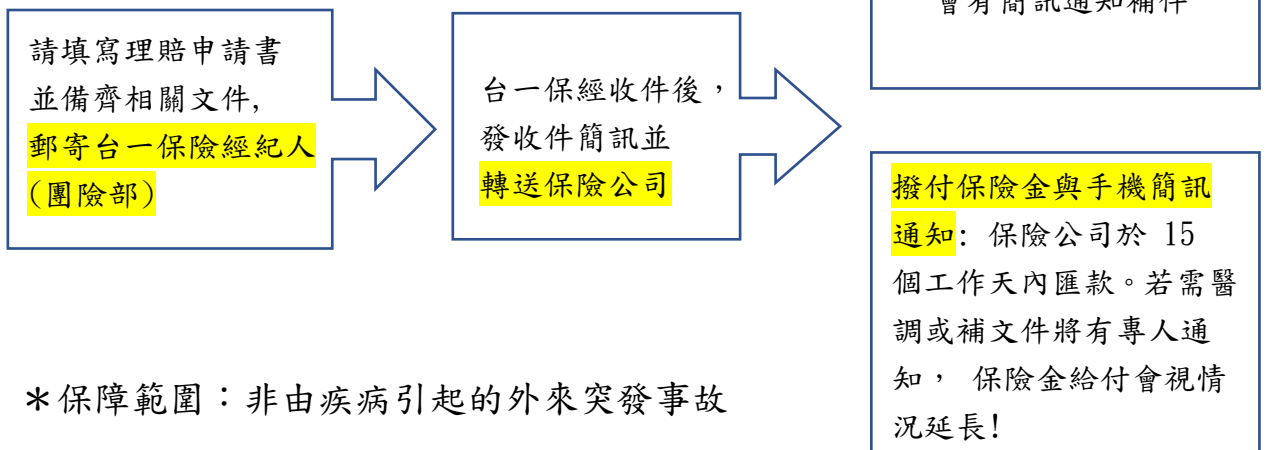
台一保險經紀人(團險部) 電話:02-2970-5198 傳真:02-8192-4318

24143 新北市三重區重安街 132 號 6 樓之 1



@taione

*理賠申請流程



*保障範圍：非由疾病引起的外來突發事故

*檢附文件：

1. 理賠申請文件(詳附件，須寄回共 4 頁)

*申請書請單面列印

2. 診斷證明書(需蓋醫院正章，不可影印本)
3. 醫療收據 正本 或 副本 (副本需蓋院章，與正本相符)
4. X 光片(若有骨折需檢附)



※保險金申請文件共計3頁，第1頁請全部填寫，若經評估需調閱病歷，填寫第3頁可縮短調閱時效。
 ※配合保險法修正，理賠相關文件用詞調整，修正前已生效保單之權益不受用詞調整影響。
 ※為加速審理流程，本申請書請申請人逐項填寫。有關應備文件、填寫說明，敬請詳閱第2頁說明。

事故人	事故人姓名	身分證字號	年	月	日
	要保單位 (大專院校名稱)	<input type="checkbox"/> 團險件	系所	年級	班 學號:

申請項目

醫療 癌症醫療 重大/特定重大疾(傷)病 豁免保費 各項津貼 生前需求 身故給付 完全失能 部分失能
收據差額給付/正本留存證明 失能安養扶助保險金一次給付(依商品條款約定會以貼現利率計算) 長期照顧給付
本次不同意申請團險理賠(未勾選視為同意申請，本公司會將本次之理賠申領文件通知要保單位。) 續贖件
【重要權益通知】提醒您，若申請理賠且須檢附正本收據，如有其他同業實支實付型商品亦須檢附正本收據，為確保您的權益，請先與該保險公司確認相關作業，以利理賠審核。

事故內容

事故種類 疾病 意外※若為意外，請續填以下欄位

工作內容

就診身分 健保 自費

事故日期時間 年 月 日 時 分 報案日期 年 月 日 事故地點

處理單位 分局 派出所 處理員警 連絡電話

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。)

給付方式

支票 由送件單位服務人員轉交
郵寄事故人之本次申請書聯絡地址 ※此欄如未勾選或填寫，將依事故人留存公司最新之地址(住所)寄送。
 理賠給付明細表寄送方式 併支票寄送 無須寄送(此欄如未勾選，將併同支票寄送)

匯款至前次理賠帳戶 匯款至受益人帳戶 匯款至法定代理人或監護人之帳戶 ※為加速給付時效，建議採取匯款方式

戶名 金融機構名稱 分行名稱 帳號

理賠給付明細表寄送方式 本次申請書聯絡地址 無須寄送 ※此欄如未勾選或填寫，將依事故人留存公司最新之地址(住所)寄送。

1. 醫療保險金受益人為未成年人且給付金額於20萬元(含)內，得選擇匯款至法定代理人或監護人(且須為要保人本人)之帳戶。2. 若醫療保險金受益人與要保人同一人，如為未成年人且給付金額於20萬元(含)內，得選擇匯款至法定代理人或監護人(須附關係證明文件)之帳戶。3. 符合前述1或2之給付方式，則視為本公司已對受益人給付，但因此致成本公司之損害時，受益人及受款人願負連帶返還保險金之責，絕無異議。

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容：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)第六條第二項、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：**人身保險(001)、行銷(包含金融控共同行銷業務)(040)、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)、非金融機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(063)、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)、消費者保護(091)、會計與相關服務(129)、網路購物及其他電子商務服務(148)、輔助性與後勤支援管理(150)、調查、統計與研究分析(157)、其他金融管理業務(177)、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、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、網際網路協定(IP)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、身心障礙手冊號碼、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、意外或其他事故及有關情形等。(五)教育、考選、技術或其他專業：如學校紀錄等。(六)受僱情形：如現行之受僱情形等。(七)財務細節：如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易紀錄、票據信用、保險細節等。(八)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。(九)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：**(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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、台灣票據交換所、財資訊公司、業務委外機構、與本公司有業務往來之公司(如：再保業務、金融機構、保經代公司)、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、處理及利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：台端得以書面(包含電子郵件、傳真、電子文件)，或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、處理及利用同意事項：立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法等相關法令所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

聲明同意事項：1. 被保險人/受益人同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。2. 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給予本人。3. 申請身故/完全失能保險金，依條款規定須檢附保險單而未檢附者，視為已遺失，受益人聲明保險單作廢無須補發。4. 若為申領身故給付，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)同意遠雄人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

立書人(即被保險人/受益人)簽名：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(醫療保險金受益人為事故人本人) (受益人為未成年人或受監護或受輔助宣告之人需填寫)

行動電話：_____ 聯絡電話：() _____

※本公司將提供簡訊通知理賠進度，立書人請確認行動電話號碼清楚正確，以利接收相關通知訊息。

聯絡地址：同「事故人留存公司最新之地址(住所)」(申請旅行平安險者不適用本項勾選，請務必詳填地址)

縣 鄉鎮 村 路 段 巷 號之
 市 市區 里 街 弄 樓之

@yahoo.com.tw @hotmail.com @gmail.com

E-mail: _____ @fglife.com.tw 其它@_____

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)

申請團體保險理賠請用印要保單位大小章

要保單位用印 負責人用印

服務人員/受託人簽章/招攬人員簽名：_____ 登錄證字號：_____ 送件單位/代碼/保經、代公司簽章 _____ 行政助理/團保部受理章 _____

E-mail: _____ 行動電話：_____



申請各項保險給付應檢附文件一覽表 (✓: 個險及團險適用 ◎: 個險適用 △: 團險適用 ★: 學保適用)

申請項目 應備文件	醫療			失能		身故			長期照顧		重大 疾病 \n特定重 大傷病	特定 傷病	豁免 保費	失能(扶 助)保險 金(完全 失能)	喪失工 作能力、 所得補 償給付	生育津 貼	眷屬喪 葬津貼	骨折	生前需 求提前 給付	住院 慰問保 險金
	醫療 日額型	實支 實付型	癌症 醫療	部份 失能	完全 失能	疾病 身故	癌症 身故	意外 身故	長期 照顧一	次保 險金 長期 照顧 扶										
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	◎	◎	✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
診斷證明書	✓	✓	✓	✓	✓				◎	◎	✓	✓	✓	✓	✓	◎		✓	✓	
巴氏量表或臨床失智評分量表或其他專業評量表									◎	◎										
長期照顧狀態之相關病歷摘要									◎	◎										
全民健保核發之重大傷病證明文件正本												◎								
收據正本及費用明細表		✓																		
X光片(碟)																		✓		
出生登記戶籍謄本																◎				
死亡證明書						✓	✓	✓												
除戶戶籍謄本						✓	✓	✓									✓			
受益人身分證明(如身分證影本、戶籍謄本)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
法定繼承人聲明同意書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	◎	✓	✓	✓	
相關檢驗或病理切片報告			✓				✓				✓		✓							
外幣存款帳號之證明文件(外幣保單適用)					◎	◎	◎	◎												
康富醫療健康保險附約住院慰問保險金申請書(專用)																				◎
「區域醫院」層級以上開立之之診斷書、病歷摘要(保安康重大傷病一年定期健康保險附約適用)												◎								
住院證明文件(如住院診斷證明、床頭卡個人資料影像、病人手圍影像)																				◎
職業災害證明勞工保險給付收據影本				△	△	△	△	△							△	△				
學籍資料證明文件(需蓋學校大小章及承辦人員章)						★	★	★												
保險單					◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎						

一、注意事項：

- 各項保險給付申請，除依上述表列應備文件檢附送件，其申請文件仍以保單條款約定為準，倘為理賠審核必須增補其他文件者，將由承辦人員另行通知。
- 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(網址: www.boca.gov.tw)。
- 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失能理賠時，除檢附診斷證明書，並請檢附X光片以確認傷害部位及骨折程度(完全骨折、不完全骨折或龜裂)。
- 申請意外身故或完全失能時，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)。
- 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「同意查詢暨授權聲明書」、「全民健康保險保險人提供資料申請書」。倘立書人為事故人/身故受益人之法定代理人/監護人/輔助人時，請另檢附關係證明(如戶口名簿影本、法院宣告裁定等)。
- 申請完全失能之被保險人如為受監護宣告尚未撤銷者，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、豁免保費)，應檢附癌症病理切片或相關檢驗報告以資證明。
- 醫療原因為剖腹產給付，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「繼承人聲明同意書」，以便確認受益人人數與給付金額)。
- 申請「失能安養(完全失能)扶助保險金」者，每年申請給付時應提出可資證明被保險人生存之文件，如戶籍謄本。
受益人申請完全失能之保險金、失能安養(完全失能)扶助保險金時，本公司得對被保險人的身體予以檢驗，必要時並得經受益人同意調閱被保險人之就醫相關資料，其一切費用由本公司負擔。但不因此延展保險公司依條款約定應給付之期限。
- 非本人提出理賠申請時，須附委任書辦理。
- 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達新台幣壹萬元者，本公司應按規定之補充保險費率扣取補充保險費。
- 被保險人身故保險金，如有重病投保、高齡投保、躉繳投保、短期投保、舉債投保、鉅額投保、密集投保或保險給付低於或相當於已繳保費等之保險給付件，若有規避遺產之情形，稽徵機關仍然可以按照稅法實質課稅原則辦理。
- 當被保險人身故或完全失能或保險金總額已達給付上限或主契約因非屬身故之保險事故而致主約終止後，若不同意附約延續承保，可另洽遠雄人壽保戶服務部辦理終止附約。

※自行郵寄保險金申請書辦理者，請郵寄至總公司或分公司下列地址收。

※台北總公司：11073 台北市信義區松高路1號27樓 理賠部 電話：02-2758-3099 傳真：02-8789-2484
 ※台中分公司：40759 台中市西屯區台灣大道二段635號 理賠科 電話：04-2329-5550 傳真：04-2329-1060
 ※高雄分公司：80247 高雄市苓雅區三多四路112號1樓 理賠科 電話：07-330-9523 傳真：07-535-4066

客戶免付費電話：0800-083-083



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。