

(傷害醫療給付填寫範例) 保險金申請書



CLA003

理賠單位受理章

Farglory Life 遠雄人壽

※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。

事故人姓名: 陳○○
身分證字號: A 1 9 8 7 6 5 4 3 2
出生日期: 60 年 1 月 1 日
要保單位: 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。) [ ] 續賠件
【重要權益通知】提醒您,若申請意外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 [x] 意外 ※若為意外,請續填以下欄位
工作內容: 業務員
就診身分: [ ] 健保 [ ] 自費
事故日期時間: 113年8月1日18時30分
報案日期: 112年8月1日
事故地點: 信義路口
處理單位: 分局 信義 派出所
處理員警: 王○○
連絡電話: 0934\*\*\*\*\*

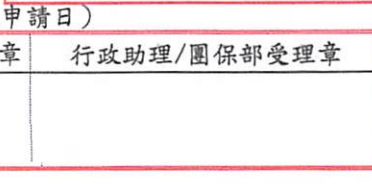
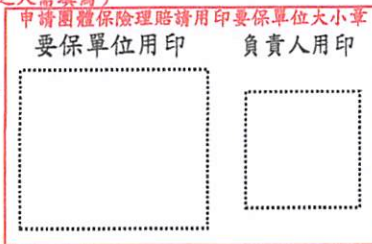
給付方式:
[ ] 由送件單位服務人員轉交
[ ] 支票
[ ] 郵寄事故人之本次申請書聯絡地址
[ ] 匯款至前次理賠帳戶 [ ] 匯款至受益人帳戶 [ ] 匯款至法定代理人或監護人之帳戶
戶名: 陳○○
金融機構名稱: 郵局
分行名稱: 台北逸仙
帳號: 00111234567890

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)、非公務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、電子郵遞地址、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、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係情形等。(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、財金資訊公司、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、處理或利用及請求刪除。(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。
受益人簽名處: 陳○○

立書人(即被保險人/受益人)簽名: 陳○○
法定代理人/監護人/輔助人簽名:
行動電話: 0912\*\*\* 聯絡電話: (02) 2777-\*\*\*\*
\*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 信義 路 段 巷 號之
[ ] 市 市 區 里 街 弄 樓之
E-mail: chen\*\*\*\*
申請日期: 中華民國 114 年 1 月 2 日

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:



## 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: 王 0 中 法定代理人簽名: \_\_\_\_\_ (請註明關係)  
 被保險人簽名: 王 0 中  
 (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: 王 0 中  
 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。