



CLA003

理賠單位受理章

※保險金申請共計4頁，第1-3頁請務必填寫。

※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。應備文件、填寫說明，敬請詳閱第4頁說明。

一、 事 故 人 資 料	團體保險保單號碼：_____ 事故人姓名：_____ 身分證號碼：_____										
	※ 若同一事故人投保多張保單時，僅需填寫一份申請書即可。										
	(申請之員工姓名：_____ 員工行動電話：_____ 事故者與員工之關係： ☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母)										
	出生日期		聯絡電話		行動電話						
二、 申 請 項 目	醫療類		☐ 一般醫療 ☐ 癌症醫療								
	身故或失能類		☐ 身故給付 ☐ 完全失能給付 ☐ 失能給付								
	其他類		☐ 重大疾病 ☐ 職業傷害險 ☐ 收據差額給付證明 ☐ 其他：								
三、 事 故 內 容	事故時間：_____年_____月_____日 ☐ 上午 ☐ 下午 _____時 _____分				事故種類： ☐ 疾病 ☐ 意外		就診身分： ☐ 健保 ☐ 自費				
	※若為意外事故，請續填以下欄位。 事故地點： ☐ 自家 ☐ 職場 ☐ 其他_____				事故時職業及工作內容：_____		報案日期：_____年_____月_____日				
	報案單位：_____分局_____派出所				員警姓名：_____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。)										
四、 給 付 方 式	☐ 匯款		戶名		金融機構名稱		分行名稱		帳號		
	☐ 支票		要保單位(由所屬公司轉交)		☐ 由送件單位服務人員轉交		要保單位暨負責人簽章欄				
	1.若多位受益人並已檢附存摺封面影本，可免填匯款帳戶資料。 2.未勾選給付方式或匯款給付帳戶資料未填、帳戶資料無法辨識，且未附存摺影本，本公司得逕開立支票給付。 3.醫療保險金受益人為未滿20歲之未成年家屬且給付金額於20萬元(含)內，得選擇匯款至被保險員工之帳戶，並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： 遠雄人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(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)、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)、保險監理(066)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、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：以 台端與本公司往來之業務及契約書、授權書及申請書等所列，包括姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等必要個人資料類別為限。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、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保險業務往來之再保險公司、依法有調查權機關或金融監理單位(三)地區：上述對象所在地。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，本公司將可能延後或無法進行必要審核及處理作業，因此可能遲延或無法提供 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知予本人。 3.「同意查詢授權聲明書」、「各醫院專屬病歷資料調閱授權書」及「衛生福利部中央健康保險署之全民健康保險保險人提供資料申請書」，其內容若有欄位空白或漏勾選之情形，本人同意交由遠雄人壽人員代為填寫、勾選。 4.若為申領身故給付，為確認本處理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。											
事故人簽名：_____ 身分證號碼：_____ 受益人簽名：_____ 身分證號碼：_____											
(受益人為事故者本人僅於受益人簽名欄位簽名即可)											
法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____ 身分證號碼：_____											
(受益人為未成年人或受監護或受輔助宣告之人需填寫)											
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)											
服務人員簽章：			登錄證字號：			送件單位/代碼/保經保代簽署章		行政助理受理章			
E-mail：			行動電話：								

全民健康保險保險人提供資料申請書

當事人姓名		性別	男 ☐ 女 ☐	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號											
戶籍地址	縣市	鄉鎮市區		路街	段	巷	弄	號	樓	室							
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區		路街	段	巷	弄	號	樓	室							
聯絡電話	()			資料項目範圍	☐ 1. 年 月至 年 月就醫資料 (擇一勾選): ☐ 簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」) ☐ 費用格式 ☐ 醫令格式 ☐ 2. 投保資料 (擇一勾選): ☐ 目前在保資料 ☐ 全部。 ☐ 3. 其他。 註: 1. 授權保險公司申請僅提供上述第 1 之簡易格式或 2 項資料。 2. 囿於保險人資料庫容量, 上述資料僅就主機現有檔案範圍提供。												
使用目的	申請商業保險			當事人簽名				日期	年 月 日								
代理人姓名		性別	男 ☐ 女 ☐	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號											
戶籍地址																	
聯絡地址																	
聯絡電話				與本人關係	保險契約委託	代理人簽名											
						申請日期	年 月 日										
公司行號	名稱: 遠雄人壽保險事業股份有限公司 負責人姓名: 孟嘉仁				公司地址: 台北市信義區松高路 1 號 28 樓 公司電話: 02-27583099												
應附證明文件	1. 當事人授權書 2. 當事人身分證正反面影本或戶口名簿影本 (臨櫃申請, 請檢附正本以供查驗) 3. 代理人身分證明文件正反面影本 (臨櫃申請, 請檢附正本以供查驗) 4. 其他																

當事人授權書

本人茲因壽險理賠 (事由) 之需要, 同意由代理人 (與本人關係: 保險契約委託), 向全民健康保險保險人申請提供 如申請書所勾選之資料項目及範圍, 且作為壽險理賠之用 (如: 壽險理賠)。如代理人有逾越授權申請資料之範圍, 或將申請之資料作為它用時, 由代理人依法負責。

資料影本 ☐ 不需要、☐ 需要 請中央健康保險署以掛號副知本人, 郵遞費用由代理人支付中央健康保險署。

授權人 (即保險對象) 姓名

蓋章

(親自簽章) 授權日期 年 月 日

同 意 查 詢 暨 授 權 聲 明 書

茲因申請遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱遠雄人壽)保險給付之需要,由立同意書人以被保險人(姓名: _____, 生日: 民國____年____月____日生, 身分證統一編號: _____)之☐本人☐父母☐配偶☐子女☐繼承人(關係: _____)之身分,請 貴醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司或其他相關之單位或個人,協助遠雄人壽指派之人員索引、查詢(包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作,或配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為)、問診、調閱、抄錄、影印自契約生效日: 民國____年____月____日前五年內迄本同意聲明書簽章日為止,不限科別之所有就診病歷(病名: _____)、投保資料或其他與本次保險事故相關資料(包含書面及電腦檔案)以為參證之用,恐口說無憑,特立此書為證。

上述欄位如有空白,立同意書人同意委由遠雄人壽人員代為填寫,並聲明:立同意書人同意並委託遠雄人壽就本同意聲明書為影印使用;立同意書人同意本同意聲明書之影印本與正本具同等效力且依前述內容辦理。

若因醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位要求提供特定格式同意書,本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。

此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位或個人。

立 同 意 書 人: _____ [簽名] _____ [蓋章]

身分證統一編號: _____

法 定 代 理 人: _____ [簽名] _____ [蓋章]

身分證統一編號: _____

(立同意書人為未成年者,請法定代理人簽名並蓋章,並請檢附身分證正反面影本及戶口名簿影本等關係證明文件。)

聯絡電話:

行動電話:

聯絡地址:

中 華 民 國: _____ 年 _____ 月 _____ 日

註:請您於申請理賠時一併於本聲明書簽名及蓋章,並檢附身份證正反面影本,本公司將會從速辦理,若經評估本案需要查詢病歷而您未簽名及蓋章同意時,將會影響本次理賠辦理的速度。(提醒您,部分醫院例如:臺大醫院、各地榮民總醫院、各衛生福利部醫院、各地慈濟醫院...等,皆會要求使用該院之專用制式表格,如需要您再行補立同意書,屆時會再通知您協助。)