



中國信託金控

台灣人壽

## 團體險/旅平險保險金申請書

申請險別	<input type="checkbox"/> 團險 <input type="checkbox"/> 旅平險	申請項目	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 一般醫療 <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 其他												
保單號碼	事故者與員工關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他														
員工姓名	身分 ID										出生日期	年	月	日	職業
事故者姓名	身分 ID										出生日期	年	月	日	職業
事故時間：年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分											※請詳述事故原因、發生地點、經過情形及曾經就診醫院診斷： (請據實填寫，以免影響理賠權益)				
如係意外事故是否曾報警處理？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否															
處理憲警單位：															
員警姓名： 電話：															
※提醒您：醫療保險金受益人為未成年人時，得以法定代理人為受款人，但因此致本公司不利或損失，願負連帶返還保險金之責，絕無異議。(若法定代理人與要保人非同一人時，首次申請需檢附事故日後之戶籍謄本。)															
付款方式	<input type="checkbox"/> 匯款	戶名	行庫名稱							分支行庫名		帳號			
		<input type="checkbox"/> 理賠通知書交由服務人員親自遞送 <input type="checkbox"/> 理賠通知書郵寄至聯絡地址													
	※提醒您：選擇匯款者，倘若戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得逕行改以禁背支票給付。														
	<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 交由服務人員親自遞送 <input type="checkbox"/> 郵寄至聯絡地址													
<input type="checkbox"/> 未成年受益人以法定代理人為支票受款人															

## 蒐集、處理及利用個人資料告知

台灣人壽保險公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

- 一、蒐集目的：001 人身保險。
- 二、蒐集個人資料類別：C001 辨識個人者、C002 辨識財務者、C003 政府資料中之辨識者、C038 職業、C040 意外或其他事故及有關情形、C088 保險細節、C111 健康紀錄、C114 交通違規之確定裁判及行政處分。
- 三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式及利用個人資料之事項：
  - (一)期間：本公司因執行業務所必須之保存期間及依法令規定應為保存之期間。
  - (二)對象：本公司及海內外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、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、中華徵信所企業股份有限公司、通匯行、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
  - (三)地區：前開對象所在地。
  - (四)方式：合於法令規定之利用方式。
- 四、依個資法第三條規定，台端就本公司保有之個人資料得行使下列權利及方式：
  - (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，而本公司依法得酌收必要成本費用。
    2. 向本公司請求補充或更正，惟依法 台端應為適當之釋明。
    3. 依個資法第十一條及第十九條，向本公司請求刪除、停止處理或利用該個人資料。
  - (二)行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式。
- 五、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，因此可能遲延或無法提供台端相關服務或給付。

## 「立書人(受益人)資料比對同意」聲明

為確認本次理賠申請檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，立書人等同意貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

立書人簽章	：	<input type="text"/>	身分證字號：	<input type="text"/>	
(即受益人本人)			(受益人無法簽章請註明理由；7歲以上被保險人請親簽。)		
法定代理人/ 監護人簽章	：	<input type="text"/>	身分證字號：	<input type="text"/>	
			關係：	<input type="text"/>	
(受益人為未成年人或受監護宣告之人，請填寫法定代理人/監護人，並檢附關係證明。)					
電話號碼：	<input type="text"/>	行動電話：	<input type="text"/>	E-mail：	
(為儘速知悉處理結果及確保本人權益，公司將以手機簡訊方式通知被保險人/受益人。)					
聯絡地址：	<input type="text"/>				
中華民國 年 月 日					
要保單位	送件人姓名：	職稱：	受理欄位	送件單位	理賠單位
	送件單位：			受理日期	受理日期
	登錄證字號：				
	手機：				

## 申請各項理賠給付應檢附文件

申請項目	疾病身故	意外身故	殘廢	重大疾病	重大燒燙傷	傷害門診醫療	限額型住院醫療	日額型住院醫療	海外突發疾病	癌症	
										首次申請	後續醫療
應備文件											
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
死亡證明書	✓										
相驗屍體證明書		✓									
除戶戶籍謄本	✓	✓									
受益人身分證明或戶口名簿影本	✓	✓		✓	✓					✓	
詳細殘廢診斷書或勞工殘廢診斷書			✓								
詳細醫師診斷書				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
病理組織切片或相關檢驗報告				✓						✓	
收據正本及費用明細表						✓	✓		✓		

### ※ 注意事項：

- 一、**癌症險**：1. 員工眷屬之被保險人首次申請，需檢附最新之戶籍謄本。  
2. 門診醫療給付如以注射性化學治療、放射線治療及其他必要之外科處理，須於診斷書上載明實際治療日期及內容，以利辦理審核。
- 二、**傷害險**：申請限額型，如提出不同醫療院所之收據，應分別檢具診斷書。
- 三、**醫療險**：1. 申請手術保險金除診斷書外，請另檢附收據正本或外科手術紀錄單。  
2. 申請住院前後門診請於診斷書註明門診日期。
- 四、**旅平險**：1. 如已向健保局申請核退，請檢附健保局核退通知正本與原診斷書及收據副本申請。  
2. 申請非英語系國家理賠事故，請開立英文版診斷書及收據。
- 五、**國外事故**：保戶於國外發生保險事故，請檢附經國外駐外館處驗證之必要文件，若併檢附護照影本及就醫詳細病歷影本，將有利理賠處理時效。
- 六、**全殘險**：申請全殘廢保險金，若事故人為受監護宣告之人，則由其監護人代為簽名，並應附法院監護宣告裁定或含指定監護人之戶籍謄本。
- 七、**身故**：1. 死亡原因為「解剖中」者，受益人應補「解剖鑑定結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。  
2. 若受益人指定為法定繼承人或未指定受益人，或受益人同時或先於被保險人死亡，應另檢具本公司「法定繼承人切結書」及「戶籍謄本」，以利辦理。

※ 申請項目之不同，上述各文件之詳細內容，悉以保單條款約定為準，本公司將依所投保險種進行審核。特殊案件或上述未列者，若因審核必要所需其他資料，由承辦人員另行通知補全。

※ 提醒您！辦理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、密集投保或保險費較保額高情形，應於理賠給付後主動於遺產稅申報書「不計入遺產總額財產」欄位中揭露！

※ 為因應跨政府合作協定簽署之「美國海外帳戶稅收遵從法案(FATCA)」，受益人申領項目為返還保單價值準備金，或申請文件具明顯美國指標者，本公司將進行受益人辨識，並進行後續申報或扣繳作業。

若您對理賠申請程序或應檢附文件有任何疑問，歡迎至台灣人壽官網([www.taiwanlife.com](http://www.taiwanlife.com))或電客戶服務專線 0800-099-850、(02)81705156 及下列電話轉理賠人員，我們將竭誠為您服務。

總公司：台北市南港區經貿二路188號8樓(理賠部)	電話：(02)81709888	傳真：(02)27858651
台北分公司：台北市許昌街17號16樓	電話：(02)23612023	傳真：(02)23611342
新竹分公司：新竹市四維路130號12樓之1	電話：(03)5219221	傳真：(03)5251156
台中分公司：台中市西區五權路72號1樓	電話：(04)22066000	傳真：(04)22064295
嘉義分公司：嘉義市德安路3號3樓	電話：(05)2316605	傳真：(05)2315481
台南分公司：台南市成功路457號8樓	電話：(06)2231845	傳真：(06)2290452
高雄分公司：高雄市新興區六合二路1號17樓	電話：(07)2863087	傳真：(07)2854219
東部分公司：花蓮市國聯一路167號8樓	電話：(038)324378	傳真：(038)352682

# 病歷資料調閱及事故確認授權書

茲因向台灣人壽保險股份有限公司(下稱台灣人壽)申請保險給付之需要，立授權書人\_\_\_\_\_ (與事故人關係：本人配偶受益人法定代理人監護人輔助人其他\_\_\_\_\_ ) 同意並委託台灣人壽指派之人員向 貴醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位，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名義所為之掛號行為)、調閱、抄錄、影印事故人就診相關病歷、電腦檔案資料及本案事故資料以為參證之用，授權查詢事項如下：

## 一、事故人基本資料

姓名：\_\_\_\_\_、生日：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日、身分證字號：\_\_\_\_\_

## 二、事故人就診及事故資料查閱範圍(請就查詢範圍勾選後依示填寫，可複選)

- 事故人在 貴醫院(診所)之全部門、急診紀錄。
- 如有在 貴醫院(診所)住院者，另提供各該次住院之全部出(住)院病歷摘要。
- 查詢自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日往前回溯\_\_\_\_\_年(不得超過5年)之全部門、急診紀錄。
- 前開期間內如有在 貴醫院(診所)住院者，另提供期間內各該次住院之全部出(住)院病歷摘要。
- 特定就診資料：  
查詢期間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日前\_\_\_\_\_年(月)內。  
就診科別：\_\_\_\_\_ (應具體列明，但不以一科為限)  
就診病名：\_\_\_\_\_ (應具體列明，但不以一項病名為限)  
查詢項目(請勾選，可複選)：門、急診紀錄 出(住)院病歷摘要 檢驗紀錄 護理紀錄  
其他\_\_\_\_\_
- 查詢\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日發生之交通事故資料，包含(請勾選，可複選)  
酒精濃度 現場圖現場照片交通事故初步分析研判表其他\_\_\_\_\_
- 其他：\_\_\_\_\_

## 三、授權書有效期間：本授權書簽立日期起6個月。

上述欄位如有空白，立授權書人同意委由台灣人壽人員於個人資料保護法規範圍內代為填寫，並聲明：立授權書人同意並委託台灣人壽就本授權書為影印使用，影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)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位要求提供特定格式聲明書，本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。特立此書存照。

## 此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位

立授權書人簽名或蓋章：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人簽名或蓋章：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

(事故人、身故受益人為未成年人或受監護宣告者或受輔助宣告者，請填寫並請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)

聯絡電話：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_

本授權書簽立日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

# 台灣人壽保險股份有限公司

## 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，除本公司「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，將於人身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 台端相關人身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 貴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

台灣人壽保險股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日