

送件單位	服務人員 姓名	聯絡電話	行政助理受理章	通訊處主管簽署
	服務人員 ID	行動電話		

申請事項：※申請各項保險金應檢附文件及注意事項，敬請詳閱背面說明。

01 <input type="checkbox"/> 身故給付	02 <input type="checkbox"/> 重大疾病	03 <input type="checkbox"/> 殘廢給付	04 <input type="checkbox"/> 意外醫療
05 <input type="checkbox"/> 住院醫療	06 <input type="checkbox"/> 防癌醫療	07 <input type="checkbox"/> 職業傷害險	08 <input type="checkbox"/> 其它給付

保單號碼： _____ 事故者： _____ 身分證號碼： _____
 (員工姓名： _____ 事故者與員工之關係：本人 配偶 子女 父母)

事故者聯絡住址	出生日期	年	月	日
任職要保單位(公司)	住所聯絡電話			
職務及工作內容	行動電話			
任職要保單位地址	公司聯絡電話			

事故種類： <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外	就診身分： <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	若為意外事故，則以下欄位務必詳細填寫		
就診時間：	醫療院所：	事故時間：	年	月
診斷病名：	事故地點： <input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 其他：			
是否痊癒： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	原因及經過情形：			
是否曾經或正向其它保險公司申請理賠： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是				
保險公司名稱：				
處理單位：		分局	派出所	
員警姓名：		電話：		

給付方式	1. <input type="checkbox"/> 匯款(請附上受益人存摺影本辦理)	要保單位簽章欄
	2. <input type="checkbox"/> 支票(禁止背書轉讓之劃線支票) 郵寄至 <input type="checkbox"/> 要保單位(由公司轉交) <input type="checkbox"/> 遠雄人壽通訊處(由服務人員轉交) <input type="checkbox"/> 其他地址 _____	
※若有取消支票禁止背書轉讓需求，請另附支票變更申請書並驗證受益人身分後始予受理此項作業，支票金額逾五萬元者，請受益人親臨本公司櫃檯辦理取消支票禁止背書轉讓作業。		_____ 要保單位 負責人

聲明：1. 受益人已充分瞭解遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下稱遠雄人壽)「履行個人資料保護法告知義務內容」，且遠雄人壽得依法變更或新增該內容，並公告於遠雄人壽網站供受益人查閱。
 2. 同意遠雄人壽得依「履行個人資料保護法告知義務內容」，對受益人的個人資料為蒐集、處理及利用。

聲明人(受益人)簽名： _____ 法定代理人簽名： _____
 (醫療保險金受益人為事故者本人) (受益人為未成年人或受監護宣告人需填寫)

申請日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (※若未填寫，以本公司受理當日為申請日)

※本申請書請申請人逐項填寫，紅框部份請務必填寫，以利理賠服務。

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)第八條第一項及第九條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (一)「○○一人身保險」、「○二外匯業務」、「○三六存款與匯款」、「○四○行銷,如本公司相關保險產品之介紹與說明」、「○五六法院審判業務」、「○五九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」、「○六○金融爭議處理」、「○六一金融監督、管理與檢查」、「○六三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」、「○六六保險監理」、「○六七信用卡、現金卡、轉帳卡或電子票證業務」、「○六九契約、類似契約或其他法律關係事務」、「○八五旅外國人急難救助」、「○九○消費者、客戶管理與服務」、「○九一消費者保護」、「○九五財稅行政」、「一一二票據交換業務」、「一三六資(通)訊與資料庫管理」、「一三七資通安全與管理」、「一三五資(通)訊服務」、「一五一審計、監察調查及其他監察業務」、「一五七調查、統計與研究分析」、「一七六其他自然人基於正當性目的所進行個人資料之蒐集處理及利用」、「一七七其他金融管理業務」、「一八一其他經營合於營業登記目或組織章程所定之業務」及「一八二其他諮詢與顧問服務」等合理關連之特定目的。
- (二)其他法令許可之事由或目的。

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必要個人資料類別為限,如「C○○一辨識個人者」、「C○○二辨識財務」、「C○○三政府資料中之辨識者」、「C○一一個人描述」、「C一一一健康紀錄」等。(註)

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、個人資料利用之期間、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、本公司國內外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、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、通匯行、業務委外機構、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者、本公司合作推廣或共同行銷之公司、與本公司有再保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。但基於法令規定或為履行契約之緣故,則不在此限。
- (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。

註:蒐集之「特定目的」及「個人資料類別」的代號及項目係參照法務部公告之「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別(101.10.1生效)」,代號及項目名稱變更者,隨同變更。

立書人簽名(您的簽名表示您已充分瞭解並同意本告知暨同意書之所有事項):

新契約、契約變更專用欄

要 被 保 險 人	要保人親簽: _____ 被保險人親簽: _____ <small>七足歲以下子女請由法定代理人代簽被保險人姓名</small> 法定代理人親簽: _____ <small>與要/被保險人關係: _____</small> <small>(要/被保險人未滿二十足歲時,需其法定代理人一併簽名)</small>	附 加 家 屬 附 約	被保險人(配偶)親簽: _____ 被保險人(子女)親簽: _____ _____ _____
-----------------------	---	----------------------------	--

保費繳付專用欄(以自動轉帳/信用卡繳交保費者填寫,須與授權書上之授權人相同)

授權人親簽: _____ 法定代理人親簽: _____

理賠、滿期金、年金專用欄(申請理賠、滿期金、年金者填寫,超過三位受益人者請另填一張)

受益人親簽:	_____	_____	_____
法定代理人親簽:	_____	_____	_____

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日



遠雄人壽保險事業股份有限公司

同意調查授權聲明書

茲要保人 _____ 向遠雄人壽保險事業股份有限公司投保人身保險，現因該公司保險審查業務之需要，由本人 _____ (民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日出生)以

主契約被保險人

附約被保險人 (關係 _____) 之身份特為聲明，授權遠雄人壽保險事業股

受益人法定繼承人

份有限公司所指派之人員，以本人之名義向 貴單位調閱或抄錄影印相關資料，尚請協助為荷，如因此發生任何糾紛，概由本人負責，恐口說無憑，特立此書為證。

本聲明書並同意由遠雄人壽保險事業股份有限公司影印後，逕填入欲查之機關名稱或個人姓名，以影本交付其收執，此影本亦屬完全有效。

此 致

各有關 ^醫警 務機構或人員

本份影本專致

立同意書人： _____ (簽名並蓋章)

身分證號碼： _____

病歷號碼： _____

住 址： _____

電 話： _____

保險單號碼： _____ (簽名並蓋章)

法定代理人： _____

身分證號碼： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註：請您於申請理賠時一併於此頁簽名同意，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同意時，將會影響本次理賠辦理的速度。(提醒您，部分醫院會要求使用該院之專用制式表格，如需要您再行簽名，屆時會再通知您協助。)

申請項目		申請理賠給付時應檢附之文件	
醫療給付	實支實付型給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書	3. 診斷證明書 4. 醫療費用收據正本及費用明細表
	日額給付型給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書	3. 診斷證明書
	骨折件給付	1. 團體保險理賠申請書 2. X光片	3. 診斷證明書
癌症給付	初次罹患給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書	3. 診斷證明書 4. 相關檢驗或病理切片報告
	癌症醫療給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書 3. 診斷證明書	● 住院：癌症住院診斷書 ● 手術：癌症外科手術診斷書 ● 門診：癌症門診診斷書 ● 放射線治療：放射線治療診斷書
	身故給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書 3. 診斷證明書	4. 死亡證明書或相驗屍體證明書 5. 除戶戶籍謄本 6. 受益人身份證明
重大疾病生前給付		1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書	3. 診斷證明書 4. 相關檢驗或病理切片報告
殘廢給付		1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書 3. 診斷證明書	● 意外殘廢：另需檢附意外傷害事故證明文件 ● 截肢或缺損：X光片
身故給付		1. 團體保險理賠申請書 2. 同意調查授權聲明書 3. 死亡證明書或相驗屍體證明書	4. 除戶戶籍謄本 5. 受益人身份證明 6. 法定繼承人聲明同意書 ● 意外身故：另需檢附意外傷害事故證明文件
職業災害給付	身故給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 勞工保險給付收據影本 3. 死亡證明書或相驗屍體證明書	4. 除戶戶籍謄本 5. 受益人身份證明
	殘廢給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 勞工保險給付收據影本	3. 殘廢診斷書 4. 意外傷害事故證明文件
	喪失工作能力保險金	1. 團體保險理賠申請書 2. 勞工保險給付收據影本	3. 職業災害證明文件 4. 喪失原有工作能力診斷證明
	所得補償保險金	1. 團體保險理賠申請書 2. 勞工保險給付收據影本	3. 職業災害證明文件

※注意事項：

- 各項保險金給付申請文件，以送達本公司各理賠單位為受理開始。
- 上述應備文件係依保單條款約定，上述未列文件且為理賠審核需要者，將由承辦人員另行通知補全。
- 醫療原因之剖腹產給付，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。
- 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。
- 申請身故件之死亡原因為「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」。
- 為加速理賠調查作業，承辦人員可能會通知補具各機關(醫院)專用「同意調查授權聲明書」(請洽詢各單位行政助理)。倘立書人為事故人/身故受益人之法定代理人時，請另檢附關係證明(如戶口名簿影本等)。
- 申請身故保險金，需由所有受益人簽名。
- 受益人為未滿二十歲且未婚之未成年人時，除本人簽名外，尚須法定代理人簽名。未滿七歲者，得由法定代理人代簽。
- 受益人應簽名者不識字、手部重傷或雙目失明者，得以手印代替並需二位見證人同時於手印旁簽名並註明關係。

◆ 服務人員注意事項：如有因不全而遭退件時，請於收到退件資料後五日內將資料補全完畢，交由行政助理轉送總公司團體保險部。