

申請資料	被保險人	身分證字號	出生日期	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 個人險 <input type="checkbox"/> 團體險    旅行平安險保單號碼：		申請項目： <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 生命末期提前給付 <input type="checkbox"/> 收據差額證明 <input type="checkbox"/> 其他 ※申請身故或完全失能等保險金而契約終止時，如保險單已遺失，受益人聲明於申請前述保險金之日起作廢。 ※被保險人於本公司投保之所有有效保險契約，均視為已依本申請書提出理賠申請，其給付與否將依各保險契約條款約定辦理。			
意外事故	發生時間	年	月	日	時	發生地點
	請勾選發生原因並詳述經過	<input type="checkbox"/> 車禍 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 高處墜落 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 被人毆打 <input type="checkbox"/> 其他：				
	處理單位	分局/派出所	處理員警	聯絡電話		
給付方式	※下述帳戶確為受益人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯/退匯時，概由受益人自行負責。 <input type="checkbox"/> 醫療保險金之受益人未滿 20 歲之未成年人，受款人改為法定代理人或監護人(如非屬要保人時，需另檢附關係證明文件)，並於公司將款項匯入法定代理人帳戶時，視為受益人已承認對其為給付。					
	<input type="checkbox"/> 支票	※給付方式未勾選、填寫有誤或不完整者，本公司得逕行改以禁止背書轉讓支票給付。		寄送方式 <input type="checkbox"/> 下方聯絡地址 <input type="checkbox"/> 請送件業務員轉交 <input type="checkbox"/> 團險件請由要保公司轉交		
	<input type="checkbox"/> 匯款	匯款至			<input type="checkbox"/> 受益人之帳號 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人/監護人之帳號(身故件不適用)	
	戶名	帳號				
	金融機構	<input type="checkbox"/> 郵局 / <input type="checkbox"/> 渣打銀行 / _____ 銀行		分行	分行代碼	
	外幣保單另請提供					
	英文戶名	英譯銀行名稱				
	通匯代號 SWIFT Code	英譯銀行地址				
	OIU 保單另請提供					
	受款人國籍	E-Mail				
英譯受款人地址						
同意事項	病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書 被保險人同意 貴公司得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，就被保險人個人病歷、醫療及健康檢查等資料進行蒐集、處理及利用，並於確定或履行 貴公司與被保險人間之保險契約義務特定目的之必要範圍內為之(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)。					
	聲明事項 1. 受益人茲委任「送件業務員/保險經紀人/保險代理人」(即受任人)代為處理本件理賠申請事宜，受益人同意 貴公司將本件理賠結果內容通知受任人，並將理賠申請相關文件交付予受任人，由其代為轉交。 2. 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，受益人同意 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。					
簽章欄與聯絡資料	被保險人(事故人)/受益人：		【請簽章】	若受益人為法定繼承人者，全體法定繼承人均須簽章並檢附全體之戶籍謄正本。		
	法定代理人/監護人/輔助人：		【請簽章】	身分證字號：_____		
	聯絡地址：(郵遞區號 _____) _____					
	聯絡電話：_____ 行動電話：_____					
業填務寫欄	業務員/保險代理人/保險經紀人		登錄證號/員工編號	行動電話		
	業務員所屬單位		收件單位受理欄	理賠號碼		



※填寫完成後，請連同應檢附文件掛號郵寄至  
 (40757)台中市西屯區臺灣大道三段 658 號 14 樓保誠人壽保單文件作業收

## 同意查詢授權聲明書

茲因申請保誠人壽保險股份有限公司（下稱保誠人壽）保險理賠給付之需要，立聲明書人\_\_\_\_\_（下稱本人）為保險契約被保險人\_\_\_\_\_之本人受益人法定代理人監護人 / 輔助人其他：\_\_\_\_\_，同意並委託保誠人壽指派之人員向 各醫療院所、警察機關（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、監理機關、地方法院檢察署、壽險公會、保險公司或其他相關單位，索引、查詢（含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、影印被保險人\_\_\_\_\_（身分證字號：\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日）自契約生效日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日前五年內迄本同意查詢授權聲明書簽章日為止之就診且不限科別之特定疾病的相關病歷資料（病名：\_\_\_\_\_）或本案事故資料以為參證之用。上述欄位如有空白，本人同意委由保誠人壽人員代為填寫，本人並同意保誠人壽就本同意查詢授權聲明書得影印使用，其影本與正本具同等效力。

此致

各有關醫療院所、警察機關、消防機關、監理機關、地方法院檢察署、保險公司或其它相關單位

立聲明書人簽名蓋章：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人簽名蓋章：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

（立聲明書人為未成年人或受監護宣告者或受輔助宣告者，須法定代理人/監護人/輔助人簽章，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：（\_\_\_\_\_）\_\_\_\_\_ 行動電話：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

備註：

1. 為有助於理賠審核作業，請同時填寫本聲明書。本聲明書僅供向各醫療機構調閱病歷及向警察機關、消防機關、監理機關或地方法院檢察署等單位查證事故經過之用，不另做其他用途。
2. 部分醫院需檢附該醫院制式同意書及相關文件，理賠案件受理後若有需要將有專人與您連絡處理相事宜。

# 忠倫保險經紀人股份有限公司

## 個人資料及病歷醫療健檢蒐集處理利用同意書

忠倫保險經紀人股份有限公司（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（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向 台端告知下列事項，敬請 台端詳閱：

### 一、蒐集之目的：

- (一) 保險經紀業務
- (二) 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) 姓名
- (二) 身分證統一編號
- (三) 地址
- (四) 要保書、要保文件等其他基於保險契約所提供之個人資料

### 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：本公司及與本公司簽訂合作推廣契約之保險業者、因辦理保險業務需要之第三方、保險相關公會、財團法人金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (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：以書面之方式行使權利。

### 六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

本公司基於健全保險經紀人業務與保戶服務， 台端若未能提供相關個人資料時，本公司將無法提供完善服務。

履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱使無簽署亦不影響告知效力。

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，除上述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、理賠、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。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，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)，本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。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 忠倫保險經紀人股份有限公司

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