

要保單位	(*)公司名稱		廠區	部門	統編						
(*) 事故者資料	姓名	身分證字號			出生日期		事故者與員工關係				
					年	月	日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它			
員工資料 (若事故者即員工,粗框內免填)	姓名	身分證字號			出生日期		(*)保單號碼		(*)等級		
					年	月	日	1. _____	_____		
(*)員工 住所地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 由服務人員或窗口填寫										
(*)員工 聯絡電話	( )	分機	手機	電子郵件							
(*)事故種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病) <input type="checkbox"/> 意外事故(傷害)				(*)申請日期		年	月	日		
(*)事故說明					(*)事故日期		年	月	日		
(*)申請保險金 類別(可複選)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病) <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 防癌 <input type="checkbox"/> 定期給付(生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 津貼(生育) <input type="checkbox"/> 長期照顧 <small>註:配合保險法修訂,自107年6月15日起調整「殘廢」及「失能」等相關用詞,保戶權益未受影響,詳細說明參國泰人壽官網法令公告專區。</small>										
意外事故地點				工作內容							
意外事故經過											
報案單位	報案日期		年	月	日	承辦員警	電話				
(*) 保險金領取 方式(未 勾填者 以法律 支付)	<input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶。(受益人為未成年人時,得選擇匯款至法定代理人之帳戶,並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時,視為已對受益人給付。) <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶。 <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人「一指通」所指定之帳戶。(即免填下列帳戶資料)(如員工眷屬申請「醫療給付」,可選擇匯撥至員工帳戶,並須填下方眷屬醫療保險金指定匯款同意書) <input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票。(請於右欄填寫受益人身分證字號,以利開票作業)										
	受益人 身分證字號										
	身分證字號										
帳戶資料	戶名										
	金融機構 (分行)	(中文名稱)	分行通匯 代號							帳號	
<b>眷屬醫療保險金指定匯款同意書</b> 本人(即事故者)為員工之眷屬,同意將本次申請之醫療保險金匯入該員工指定之金融機構帳戶(帳戶資料如上欄)。匯款完成後,貴公司對本人之本次醫療保險金之給付義務即行消滅。恐口說無憑,特立此書為證。 此致 國泰人壽保險股份有限公司 立同意書人(事故者): _____ (簽章) 電話: _____											
<b>病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書(特種個資同意書)</b> 立書人已詳閱並瞭解上述【個人資料保護法應告知事項】,並同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內,得蒐集、處理及利用立書人之病歷、醫療及健康檢查等特種個資,以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司及履行保險契約有關之第三方以辦理再保險、核保或理賠業務。立書人併此聲明,本同意書係出於立書人自由意願下所為之意思表示。 (*)立書人(即被保險人)/受益人簽名: 受益人與事故者關係: <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 (親簽) (申請意外、疾病醫療、失能或重大疾病等保險金時,受益人限事故者本人。) <b>上開受益人之簽名於被保險人身故時,僅代表受益人或其法定代理人提出理賠申請,並已知悉瞭解上述注意暨聲明事項。</b>											
<b>法定代理人(監護人或輔助人):</b> _____ (親簽)											
<b>要保單位填寫欄</b> 到職日: 年 月 日 事故日是否在职: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認人: _____ (職章) (要保單位用印)		<b>注意事項</b> 1.【個人資料保護法應告知事項】:依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其相關規定,本公司為辦理人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務及符合相關法令規範之需要,而蒐集您的個人資料(包括病歷、醫療及健康檢查等特種個資)。所蒐集之資料除了再保險業務或委外業務執行的需要,會在我國境外被處理及利用外,僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內,以合於法令規定之利用方式,於我國境內供本公司及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至本公司各服務據點或利用本公司服務專線(市話請撥打免付費專線:0800036599,手機請改撥付費電話:02-21626201或網路電話(路徑:國壽官網首頁>聯絡我們>(專線服務)客服專線>網路電話)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或删除您的個人資料,惟本公司依法令規定或因執行業務所必須,得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時,本公司將可能無法辦理您的理賠申請。 2. 受益人有數人時,請事先協調選擇同一領取方式,以利本公司作業;並另填附件(一)。 3. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者,本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。 4. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」,單張保單給付理賠延滯息達新臺幣兩萬元者,應按規定扣取補充保險費,但屬下列身分者,於理賠申請時檢附下列文件可免扣取補充保險費:(1)低收入戶者:檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件(2)未具備或喪失投保資格者:非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附近3個月內戶籍證明 5. 申請身故保險金者,立書人同意本公司得將相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對,以確認其正確性。受益人申請理賠之保險事故及其相關文件如有虛偽不實者,行為人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。 6. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時,如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者,受益人得依強制執行法第12條規定,向該執行機關聲請或聲明異議。 7. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者,受益人於提出理賠申請時須檢附勞工保險加保申報書或在職證明,惟針對醫療保險理賠部分,本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。									
(*)服務人員(送件人)基本資料(此欄由國壽服務人員填寫)											
送件人姓名	單位代號		送件人 ID								
聯絡電話	市話:( )	分機	手機:	收件日期:			年	月	日		



事故者基本資料

(*) 姓名		(*) 身分證字號																		
--------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保險金給付方式

領取方式

匯撥至法定代理人之帳戶  
 (受益人為未成人時,得選擇匯款至法定代理人之帳戶,並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時,視為已對受益人給付。)(請填下列帳戶資料)

匯撥至身故受益人帳戶 (請填下列帳戶資料)

匯撥至受益人「一指通」所指定之帳戶。(即免填下列帳戶資料)

禁止背書轉讓支票 (請於下列帳戶資料欄填寫受益人身分證字號,以利開票作業)

帳戶資料	戶名					身分證字號														
	金融機構 (分行)	(中文名稱)	行庫局號	代號	帳號															
	戶名					身分證字號														
	金融機構 (分行)	(中文名稱)	行庫局號	代號	帳號															
	戶名					身分證字號														
	金融機構 (分行)	(中文名稱)	行庫局號	代號	帳號															

**注意事項**

1. 受益人有數人時,請事先協調選擇同一領取方式,以利本公司作業。
2. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者,本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。
3. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」,單張保單給付理賠延滯息達新臺幣兩萬元者,應按規定扣取補充保險費,但屬下列身分者,於理賠申請時檢附下列文件可免扣取補充保險費:  
 ◎低收入戶者:檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件  
 ◎未具喪失投保資格者:非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附近3個月內戶籍證明
4. 申請身故保險金者,立書人同意本公司得將相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對,以確認其正確性。受益人申請理賠之保險事故及其相關文件如有虛偽不實者,行為人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。
5. 受益人申請領款時,如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者,受益人得依強制執行法第122條規定,向該執行機關聲請或聲明異議。
6. 要保單若符合國泰人壽免辦加保、退保批註條款規定者,受益人於提出理賠申請時須檢附勞工保險加保申報書或在職證明,惟針對醫療保險理賠部分,本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。
7. 【個人資料保護法應告知事項】:依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其相關規定,本公司為辦理人身保險業務及客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務,符合相關法令之需要,而蒐集您的個人資料(包括病歷、醫療及健康檢查等特種個資)。所蒐集之資料除業務需要外,僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定之期間內,以合法法令規定之利用方式,於我國境內供本公司及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至本公司各服務據點或利用本公司服務專線(市話請撥打免費專線:0800036599,手機請改撥付費電話:02-21626201)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充或停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,惟本公司依法令規定或因執行業務所必須,得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時,本公司將可能無法辦理您的理賠申請。

受益人簽名: \_\_\_\_\_

法定代理人: \_\_\_\_\_  
 (監護人)

上開受益人之簽名於被保險人身故時,僅代表受益人或其法定代理人提出理賠申請,並已知悉瞭解上述注意暨聲明事項。



## 同意查詢暨授權聲明書

立書人\_\_\_\_\_為向國泰人壽保險股份有限公司（下稱國泰人壽）申請保險給付，  
投保/核保需要，  
以被保險人 姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 生日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
之本人 父母 配偶 子女 其他（與被保險人為\_\_\_\_\_關係）身分，

授權國泰人壽向貴機構/單位索引、查詢、問診、調閱抄錄或影印下列資料，以為參證之用：

- 一、 就診病歷。
- 二、 投保資料。
- 三、 其他與本次保險事故/投保/核保所需相關資料（包含書面及電腦檔案）。
- 四、 相驗屍體證明書（或死亡證明書）與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對，以確認其正確性（申請身故保險金）。

### 此致

各有關醫療院所、警察機關、消防機關、衛生機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司、內政部移民署或其他相關單位或個人。

◆立書人同意本聲明書得由國泰人壽影印後使用，影印本與正本具同等效力。

**\*立書人請簽名並蓋章**

**\*若立書人為未成年/受監護或輔助宣告者，  
法定代理人/監護人/輔助人請簽名並蓋章**

立書人簽名：

法定代理人/監護人/輔助人簽名：

身分證字號：

身分證字號：

電話：

電話：

地址：

蓋章：



蓋章：



中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 個人資料保護法應告知事項

國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理再保險、海外急難救助、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料。所蒐集之資料除了再保險業務或委外業務執行的需要，會在我國境外被處理及利用外，僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務據點或利用國泰人壽客戶服務專線查詢（市話請撥打免費專線：0800-036599，手機請改撥付費電話：02-2162-6201 或網路電話（路徑：國壽官網首頁>問題與聯繫>（聯絡我們）客服電話>撥打網路電話）、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理或利用及刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。



300005



00009

理賠申請所需文件一覽表

	死亡	重大疾病與特定傷病	完全失能	二至十一級失能	中重度燒燙傷	生命末期／長期看護／豁免保費	醫療			津貼			職業災害		
							實支實付	防癌	住院日額／手術 <sup>註5</sup>	結婚	生育	喪葬津貼	死亡	失能	醫療傷病
保險金申請書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
同意查詢聲明書 <sup>註1</sup>	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				◎	◎	◎
死亡證明書/相驗屍體證明書	◎											◎	◎		
失能診斷書 <sup>註2</sup>			◎	◎		◎									◎
被保險人之除戶戶籍謄本或已登載除戶資訊之新式戶口名簿	◎											◎	◎		
受益人身份證	◎											◎	◎		
法定繼承人或其他未約定受益人者，須提供三個月內紙本戶籍謄本，或電子戶籍謄本，或新式戶口名簿	◎											◎	◎		
醫師診斷證明書 <sup>註3</sup>		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎					◎	◎
收據正本及費用明細表							◎								
相關檢驗/檢查報告 <sup>註4</sup>		◎				◎		◎							
出生證明/已登載出生之新式戶口名簿或相關可證明文件											◎				
登載結婚之新式戶口名簿或相關可證明文件										◎					
繼承人授權聲明書 <sup>註6</sup>	◎														
勞工保險給付收據影本													◎	◎	◎

註1：通用同意查詢聲明書詳前頁。若調閱需專用同意書之醫院病歷時，本公司將另行提供專用同意書。

註2：如為截肢(指)缺失，應載明「截斷」之部分；如為關節機能喪失、活動障礙，應載明關節各面向活動範圍(角度)；如為其他機能喪失障礙，應載明障礙情形；如為日常生活無法自理，應載明食、衣、住、行、穿脫衣服、大小便始末需扶助項目及需他人扶助程度(完全扶助或部分扶助)

註3：診斷名稱(病名)「建議」可請醫師加註國際疾病編碼第十版的診斷碼，可加快理賠判斷。

註4：首次罹癌者應檢附病理切片報告或其他相關檢查(血液檢查、腹部超音波、電腦斷層等)；急性心肌梗塞者應檢附心電圖及心肌酶報告；其他重大疾病/特定傷病者(腦中風、癱瘓、帕金森氏症、良性腦腫瘤、脊髓灰質炎、嚴重頭部創傷等)比照失能診斷書(註2)說明。

註5：申請手術保險金者，診斷書請載明手術名稱或建請醫院填寫健保局費用支付申請代碼。

註6：如受領保險金者為受益人之法定繼承人，或本公司返還保單價值準備金、保險費之對象為要保人之法定繼承人時，須檢附本項文件。

注意事項：

一、以上為一般申請理賠須檢附之文件，實際仍需依理賠審核需求由理賠人員通知再行檢附相關文件。

二、意外傷害案件，可提供傷害事故證明(如報案三聯單、交通意外事故證明書)等資料以加速審核。

三、申請傷害險實支實付醫療保險金，收據可使用副本。

四、如有問題請撥打服務專線(市話請撥打免付費專線：0800036599，手機請改撥付費電話：02-21626201 或網路電話(路徑：國壽

官網首頁>聯絡我們>(專線服務)客服專線>網路電話)或海外付費諮詢專線(+886-2-55595110 按1)。

五、配合保險法修訂，自107年6月15日起調整「殘廢」及「失能」等相關用詞，保戶權益未受影響，詳細說明參國泰人壽官網法令公告專區。

事故者  
為本人

# 國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書

(\*)=必填欄位

要保單位	(*)公司名稱 <b>大樹工作室</b>		廠區	<b>TREE</b>	部門	<b>助手</b>	統編	1	2	3	4	5	6	7	8
(*) 事故者資料	姓名	<b>樹寶</b>			身分證字號	<b>A000000000</b>			出生日期	<b>80年1月1日</b>					
	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它														
員工資料 (若事故者即員工, 粗框內免填)	姓名	[REDACTED]			身分證字號	[REDACTED]			<b>事故者=員工免填</b> (*)保單號碼 (*)等級 1. _____ 2. _____ 3. _____ 由服務人員或窗口填寫						
(*)員工住所地址	<b>10016 台北市大安區XXX路XX段XXX號</b>														
(*)員工聯絡電話	<b>02 2700-0000</b>		分機	<b>1000</b>	手機	<b>0912345678</b>		電子郵件	<b>TREExxx@gmail.com</b>						
(*)事故種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病) <input checked="" type="checkbox"/> 意外事故(傷害)							(*)申請日期	<b>108年12月31日</b>						
(*)事故說明	<b>骨折</b>							(*)事故日期	<b>108年12月25日</b>						
(*)申請保險金類別(可複選)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病) <input checked="" type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 防癌 <input type="checkbox"/> 定期給付(生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 津貼(生育) <input type="checkbox"/> 長期照顧 <small>註:配合保險法修訂,自107年6月15日起調整「殘廢」及「失能」等相關用詞,保戶權益未受影響,詳細說明參閱國泰人壽官網法令公告專區。</small>														
意外事故地點	<b>仁愛敦化圓環</b>				工作內容	<b>助手</b>									
意外事故經過	<b>回家路上被闖紅燈的車擦撞</b>														
報案單位	<b>大樹派出所</b>		報案日期	<b>108年12月25日</b>		承辦員警	<b>樹警官</b>		電話	<b>02-2700001</b>					
(*) 保險金領取方式(未勾者背書禁止) (未勾者背書禁止)	<input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶。(受益人為未成年人時,得選擇匯款至法定代理人之帳戶,並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時,視為已對受益人給付。) <input checked="" type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶。 <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人「一指通」所指定之帳戶。(即免填下列帳戶資料)(如員工眷屬申請「醫療給付」,可選擇匯撥至員工帳戶,並須填下方眷屬醫療保險金指定匯款同意書) <input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票。(請於右欄填寫受益人身分證字號,以利開票作業)														
	受益人身分證字號	<b>A000000000</b>													
帳戶資料	戶名	<b>樹寶</b>				受益人身分證字號	<b>A000000000</b>								
	金融機構(分行)	<b>國泰松山</b>		分行通匯代號	<b>0130372</b>		帳號	<b>10000000001</b>							
<b>眷屬醫療保險金指定匯款同意書</b> 本人(即事故者)為員工之眷屬,同意將本次申請之醫療保險金匯入該員工指定之金融機構帳戶(帳戶資料如上欄)。匯款完成後,貴公司對本人之本次醫療保險金之給付義務即行消滅。恐口說無憑,特立此書為證。 此致 國泰人壽保險股份有限公司 立同意書人(事故者): _____ (簽章) 電話: _____ <b>病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書(特種個資同意書)</b> 立書人已詳閱並瞭解上述【個人資料保護法應告知事項】,並同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內,得蒐集、處理及利用立書人之病歷、醫療及健康檢查等特種個資,以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司及履行保險契約有關之第三方以辦理再保險、核保或理賠業務。立書人併此聲明,本同意書係出於立書人自由意願下所為之意思表示。 (*)立書人(即被保險人)/受益人簽名: 受益人與事故者關係: <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 (親簽) _____ (申請意外、疾病醫療、失能或重大疾病等保險金時,受益人限事故者本人。) <b>上開受益人之簽名於被保險人身故時,僅代表受益人或其法定代理人提出理賠申請,並已知悉瞭解上述注意暨聲明事項。</b>															
法定代理人(監護人或輔助人): _____ (親簽)															
要保單位填寫欄	1.【個人資料保護法應告知事項】:依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其相關規定,本公司為辦理人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務及符合相關法令規範之需要,而蒐集您的個人資料(包括病歷、醫療及健康檢查等特種個資)。所蒐集之資料除了再保險業務或委外業務執行之需要,會在我國境外被處理及利用外,僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令定期限內,以合法法令規定之利用方式,於我國境內供本公司及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至本公司各服務據點或利用本公司服務專線(專線服務)或網路電話查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,惟本公司依法令規定或因執行業務所必須,得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時,本公司將可能無法辦理您的理賠申請。 2. 受益人有數人時,請事先協調選擇同一領取方式,以利本公司作業;並另填附件(一)。 3. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者,本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。 4. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」,單張保單給付理賠延滯息達新臺幣兩萬元者,應按規定扣取補充保險費,但屬下列身分者,於理賠申請時檢附下列文件可免扣取補充保險費:(1)低收入戶:檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件(2)未具備或喪失投保資格者:非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附近3個月內戶籍證明 5. 申請身故保險金者,立書人同意本公司得將相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對,以確認其正確性。受益人申請理賠之保險事故及其相關文件如有虛偽不實者,行為人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。 6. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時,如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者,受益人得依強制執行法第12條規定,向該執行機關聲請或聲明異議。 7. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者,受益人於提出理賠申請時須檢附勞工保險加保申報書或在職證明,惟針對醫療保險理賠部分,本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。														
到職日:	年 月 日		2. 服務人員(由國壽服務人員填寫) 單據 ID _____												
事故日是否在职:	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		<b>保戶無需填寫</b>												
確認人:	(職章)		聯絡電話 市話:( ) _____ 收件日期: 年 月 日												

此欄是否填寫,依各要保單位約定為準。



302002



00013

113.03 版



事故者  
為眷屬

國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書

(\*)=必填欄位

要保單位	(*)公司名稱 <b>大樹工作室</b>		廠區	<b>TREE</b>		部門	<b>助手</b>		統編	1 2 3 4 5 6 7 8				
(*) 事故者資料	姓名	<b>樹寶媽</b>			身分證字號	<b>A 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5</b>			出生日期	<b>108年 5 月 1 日</b>				
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它													
員工資料 (若事故者即員工, 粗框內免填)	姓名	<b>樹寶</b>			身分證字號	<b>A 0 0 0 0 0 0 0 0 0 8 0</b>			出生日期	<b>108年 1 月 1 日</b>				
(*)員工 住所地址	<input type="checkbox"/> 016 <b>台北市大安區XXX路XX段XXX號</b>													
	(*)保單號碼 (*)等級 1. _____ 2. _____ 3. _____ 由服務人員或窗口填寫													
(*)員工 聯絡電話	<b>02 2700-0000</b>		分機	<b>1002</b>		手機	<b>0987654321</b>		電子郵件	<b>TREEMOM@gmail.com</b>				
(*)事故種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病) <input checked="" type="checkbox"/> 意外事故(傷害)								(*)申請日期	<b>108年 12 月 31 日</b>				
(*)事故說明	<b>骨折</b>								(*)事故日期	<b>108年 12 月 25 日</b>				
(*)申請保險 類別(可複選)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病) <input checked="" type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 防癌 <input type="checkbox"/> 定期給付(生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 津貼(生育) <input type="checkbox"/> 長期照顧 <small>註:配合保險法修訂,自107年6月15日起調整「殘廢」及「失能」等相關用詞,保戶權益未受影響,詳細說明參閱國泰人壽官網法令公告專區。</small>													
意外事故地點	<b>仁愛敦化圓環</b>				工作內容	<b>助手</b>								
意外事故經過	<b>回家路上被闖紅燈的車擦撞</b>													
報案單位	<b>大樹派出所</b>		報案日期	<b>108年12月25日</b>		承辦員警	<b>樹警官</b>		電話	<b>02-2700001</b>				
(*) 保險金領取 方式(未 勾者,以 支票支 付)	<input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶。(受益人為未成年時,得選擇匯款至法定代理人之帳戶,並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時,視為已對受益人給付。) <input checked="" type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶。 <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人「一指通」所指定之帳戶。(即免填下列帳戶資料)(如員工眷屬申請「醫療給付」,可選擇匯撥至員工帳戶,並須填下方眷屬醫療保險金指定匯款同意書) <input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票。(請於右欄填寫受益人身分證字號,以利開票作業)													
	受益人 身分證字號	<b>A55555555</b>												
帳戶資料	戶名	<b>樹寶媽</b>				身分證字號	<b>A55555555</b>							
	金融機構 (分行)	<b>國泰松山</b>		分行通匯 代號	<b>0 1 3 0 2 7 2</b>		帳號	<b>10000000001</b>						
<b>眷屬醫療保險金指定匯款同意書</b> 本人(即事故者)為員工之眷屬,同意將本次申請之醫療保險金匯入該員工指定之金融機構帳戶(帳戶資料如上欄)。匯款完成後,貴公司對本人之本次醫療保險金之給付義務即行消滅。恐口說無憑,特立此書為證。 此致 國泰人壽保險股份有限公司 立同意書人(事故者): _____ (簽章) 電話: _____														
<b>病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書(特種個資同意書)</b> 立書人已詳閱並瞭解上述【個人資料保護法應告知事項】,並同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內,得蒐集、處理及利用立書人之病歷、醫療及健康檢查等特種個資,以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司及履行保險契約有關之第三方以辦理再保險、核保或理賠業務。立書人併此聲明,本同意書係出於立書人自由意願下所為之意思表示。 (*)立書人(即被保險人)/受益人簽名: 受益人與事故者關係: <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他 (親簽) <b>樹寶媽</b> (申請意外、疾病醫療、失能或重大疾病等保險金時,受益人限事故者本人。) 上開受益人之簽名於被保險人身故時,僅代表受益人或其法定代理人提出理賠申請,並已知悉瞭解上述注意暨聲明事項。														
法定代理人(監護人或輔助人): _____ (親簽)														
要保單位填寫欄	1. 【個人資料保護法應告知事項】: 依據個人資料保護法第16條規定,本公司為辦理保險業務,需蒐集您的個人資料,包括姓名、性別、出生年月日、身分證字號、學歷、職業、婚姻、家庭成員、健康、醫療、財務、犯罪紀錄、其他足以識別或聯繫您的個人資料,並得利用該等資料,為保險業務之目的,進行資料處理、分析、統計、查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,並得委託或授權第三人處理之。如欲查詢或更正您的個人資料,請洽本公司或向本行業務人員查詢,請來閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,請洽本公司或向本行業務人員查詢。 2. 受益人有數人時,請事先協調選擇同一領取方式,以利本公司作業;並另填附件(一)。 3. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者,本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。 4. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」,單張保單給付理賠延滯息達新臺幣兩萬元者,應按規定扣取補充保險費,但屬下列身分者,於理賠申請時檢附下列文件可免扣取補充保險費:(1)低收入戶:檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件(2)未具備喪失投保資格者:非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附近3個月內戶籍證明 5. 申請身故保險金者,立書人同意本公司得將相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對,以確認其正確性。受益人申請理賠之保險事故及其相關文件如有虛偽不實者,行為人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。 6. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時,如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者,受益人得依強制執行法第12條規定,向該執行機關聲請或聲明異議。 7. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者,受益人於提出理賠申請時須檢附勞務保險加保申報書或在職證明,惟針對醫療保險理賠部分,本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。													
到職日:	年 月 日													
事故日是否	在職: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>													
確認人:	(職章)													
注意	此欄是否填寫,依各要保單位約定為準。 可事先向要保單位確認條款約定的受益人 保戶無需填寫													
送件人姓名	(*)服務人員填寫或由國壽服務人員填寫													
聯絡電話	市話:( ) 收件日期: 年 月 日													

可事先向要保單位確認條款約定的受益人

此欄是否填寫,依各要保單位約定為準。

保戶無需填寫



302002

00013

113.03 版



事故者為眷屬(指定匯撥)

國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書

(\*)=必填欄位

要保單位	(*)公司名稱 <b>大樹工作室</b>		廠區	<b>TREE</b>		部門	<b>助手</b>		統編	1 2 3 4 5 6 7 8						
(*) 事故者資料	姓名	<b>樹寶媽</b>			身分證字號	<b>A 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5</b>			出生日期	<b>55</b> 年 月 <b>1</b> 日		事故者與員工關係				
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它															
員工資料 (若事故者即員工, 粗框內免填)	姓名	<b>樹寶</b>			身分證字號	<b>A 0 0 0 0 0 0 0 0 0 8 0</b>			出生日期	<b>80</b> 年 1 月 <b>1</b> 日		(*)保單號碼 (*)等級				
	1. _____ 2. _____ 3. _____ 由服務人員或窗口填寫															
(*)員工住居地址	<b>01016 台北市大安區XXX路XX段XXX號</b>															
(*)員工聯絡電話	<b>02 2700-0000</b> 分機 <b>1002</b>		手機	<b>0987654321</b>		電子郵件	<b>TREEMOM@gmail.com</b>									
(*)事故種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病) <input checked="" type="checkbox"/> 意外事故(傷害)								(*)申請日期	<b>108年 12月 31日</b>						
(*)事故說明	<b>骨折</b>								(*)事故日期	<b>108年 12月 25日</b>						
(*)申請保險金類別(可複選)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病) <input checked="" type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 防癌 <input type="checkbox"/> 定期給付(生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 津貼(生育) <input type="checkbox"/> 長期照顧 <small>註:配合保險法修訂,自107年6月15日起調整「殘廢」及「失能」等相關用詞,保戶權益未受影響,詳細說明參閱國泰人壽官網法令公告專區。</small>															
意外事故地點	<b>仁愛敦化圓環</b>			工作內容	<b>助手</b>											
意外事故經過	<b>回家路上被闖紅燈的車擦撞</b>															
報案單位	<b>大樹派出所</b>		報案日期	<b>108年12月25日</b>		承辦員警	<b>樹警官</b>		電話	<b>02-2700001</b>						
(*) 保險金領取方式(未勾者背以付)	<input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶。(受益人為未成年匯入法定代理人帳戶時,視為已對受益人給付。) <input checked="" type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶。 <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶(即原保單上列帳戶) (如員工眷屬申請「醫療給付」,可選擇匯撥至員工帳戶,其下方眷屬醫療保險金指定匯款同意書) <input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票。(請於右欄填寫受益人身分證字號,以利匯款作業)															
	<div style="background-color: green; color: white; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold;">匯入員工帳戶需簽名同意</div>															
帳戶資料	戶名	<b>樹寶</b>			受益人身分證字號	<b>A00000000</b>										
	金融機構(分行)	<b>國泰松山</b>			身分證字號	<b>A00000000</b>										
眷屬醫療保險金指定匯款同意書 本人(即事故者)為員工 <b>樹寶</b> 之眷屬,同意將本次申請之醫療保險金匯入該員工指定之金融機構帳戶(帳戶資料如上欄)。匯款完成後,貴公司對本人之本次醫療保險金之給付義務即行消滅。恐口說無憑,特立此書為證。 此致 國泰人壽保險股份有限公司 立同意書人(事故者): <b>樹寶媽</b> (簽章) 電話: <b>0912345678</b>																
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書(特種個資同意書) 立書人已詳閱並瞭解上述【個人資料保護法應告知事項】,並同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內,得蒐集、處理及利用立書人之病歷、醫療及健康檢查等特種個資,以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司及履行保險契約有關之第三方以辦理再保險、核保或理賠業務。立書人併此聲明,本同意書係出於立書人自由意願下所為之意思表示。 (*)立書人(即被保險人)/受益人簽名: 受益人與事故者關係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他 (親簽) <b>樹寶媽 樹寶</b> (申請意外、疾病醫療、失能或重大疾病等保險金時,受益人限事故者本人。) 上開受益人之簽名於被保險人身故時,僅代表受益人或其法定代理人提出理賠申請,並已知悉瞭解上述注意暨聲明事項。																
法定代理人(監護人或輔助人): _____ (親簽)																
要保單位填寫欄	1.【個人資料保護法應告知事項】:依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其相關規定,本公司為辦理人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務及符合相關法令規範之需要,而蒐集您的個人資料(包括病歷、醫療及健康檢查等特種個資)。所蒐集之資料除了再保險業務或委外業務執行之需要,會在我國境外被處理及利用外,僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內,以合於法令規定之利用方式,於我國境內供本公司及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至本公司各服務據點或利用本公司服務專線(市話請撥打免付費專線:0800036599,手機請改撥付費電話:02-21626201或網路電話(路徑:國壽官網首頁>聯絡我們>專線服務)客服專線>網路電話)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,惟本公司依法令規定或因執行業務所必須,得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時,本公司將可能無法辦理您的理賠申請。 2. 受益人有數人時,請事先協調選擇同一領取方式,以利本公司作業;並另填附件(一)。 3. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者,本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。 4. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」,單張保單給付理賠延滯息達新臺幣兩萬元者,應按規定扣取補充保險費,但屬下列身分者,於理賠申請時檢附下列文件可免扣取補充保險費:(1)低收入戶者:檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件(2)未具備或喪失投保資格者:非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附近3個月內戶籍證明 5. 申請身故保險金者,立書人同意本公司得將相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對,以確認其正確性。受益人申請理賠之保險事故及其相關文件如有虛偽不實者,行為人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。 6. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時,如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者,受益人得依強制執行法第12條規定,向該執行機關聲明或聲明異議。 7. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者,受益人於提出理賠申請時須檢附勞務保險加保申報書或在職證明,惟針對醫療保險理賠部分,本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。															
到職日: 年 月 日	2. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」,單張保單給付理賠延滯息達新臺幣兩萬元者,應按規定扣取補充保險費,但屬下列身分者,於理賠申請時檢附下列文件可免扣取補充保險費:(1)低收入戶者:檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件(2)未具備或喪失投保資格者:非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附近3個月內戶籍證明 3. 申請身故保險金者,立書人同意本公司得將相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對,以確認其正確性。受益人申請理賠之保險事故及其相關文件如有虛偽不實者,行為人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。 4. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時,如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者,受益人得依強制執行法第12條規定,向該執行機關聲明或聲明異議。 5. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者,受益人於提出理賠申請時須檢附勞務保險加保申報書或在職證明,惟針對醫療保險理賠部分,本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。															
事故日是否是在職: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	(*)服務人員(由國壽服務人員填寫)															
確認人: _____ (職章)	<div style="background-color: green; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold;">保戶無需填寫</div>															
送件人姓名	單		件人 ID		_____											
聯絡電話	市話:( )		_____		收件日期: 年 月 日											

此欄是否填寫,依各要保單位約定為準。



302002



00013

113.03 版



事故者基本資料

(\*) 姓名 樹寶 (\*) 身分證字號 A 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

保險金給付方式

- 領取方式
[ ] 匯撥至法定代理人之帳戶
[ ] 匯撥至身故受益人帳戶 (請填下列帳戶資料)
[ ] 匯撥至受益人「一指通」所指定之帳戶。(即免填下列帳戶資料)
[ ] 禁止背書轉讓支票 (請於下列帳戶資料欄填寫受益人身分證字號, 以利開票作業)

Table with columns for account name, financial institution, branch, account number, and ID number. Includes entries for 樹小寶 and 樹大寶.

若受益人超過1位, 第2位起請填寫

注意事項
1. 受益人須為中華民國國民或持有中華民國護照之外國人...
2. 受益人須具有完全行為能力...
3. 受益人須為保險契約關係人...
4. 受益人須為保險契約關係人之直系血親或配偶...
5. 受益人須為保險契約關係人之共同生活親屬...
6. 受益人須為保險契約關係人之共同生活親屬之生活所必需者...
7. 受益人須為保險契約關係人之共同生活親屬之生活所必需者...

受益人簽名: 樹小寶 樹大寶

法定代理人: (監護人)

上開受益人之簽名於被保險人身故時, 僅代表受益人或其法定代理人提出理賠申請, 並已知悉瞭解上述注意暨聲明事項。