

|          |                               |                                |                                   |                                  |                                  |                                    |
|----------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 保單號碼     |                               |                                |                                   | 團險要保單位                           | 台北市泥水業職業工會                       |                                    |
| 保單類別     | <input type="checkbox"/> 個人保險 | <input type="checkbox"/> 投資型保單 | <input type="checkbox"/> 外幣保單     | <input type="checkbox"/> 團體保險    |                                  |                                    |
| 申請種類     | <input type="checkbox"/> 身故   | <input type="checkbox"/> 重大疾病  | <input type="checkbox"/> 生命(尊嚴)末期 | <input type="checkbox"/> 完全殘廢保險金 | <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷   | <input type="checkbox"/> 其他        |
|          | <input type="checkbox"/> 癌症   | <input type="checkbox"/> 豁免保費  | <input type="checkbox"/> 醫療       | <input type="checkbox"/> 長期看護    | <input type="checkbox"/> 部份殘廢保險金 | <input type="checkbox"/> 老年住院提前給付  |
|          | <input type="checkbox"/> 婦女險  | <input type="checkbox"/> 收入保障  | <input type="checkbox"/> 定期壽險     | <input type="checkbox"/> 一次給付    | <input type="checkbox"/> 按月給付    | <input type="checkbox"/> 殘廢生活扶助保險金 |
| 事故被保險人姓名 | 職業及職務                         | 身分證字號(外籍人士投保資料之證照號碼)           |                                   |                                  | 出生日期                             |                                    |
| 吳小花      |                               | A123456789                     |                                   |                                  | 民國 76 年 12 月 15 日                |                                    |

理賠申請人通訊地址：100 台北市中正區羅斯福路十段2800號111樓

|  |                             |  |
|--|-----------------------------|--|
| 意外傷害說明                                     | 發生時間：102 年 12 月 01 日 下午 9 時 | 事故被保險人與主被保險人關係：  |
|  | 地點：台北市士林區光華街                | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 |
| 請詳述事故發生經過情形及全部就醫院所：<br>腳底板被雜物刺破受傷，引發蜂窩性組織炎 |                             | <input type="checkbox"/> 申請身故/全殘/重大疾病或特定傷病理賠，因保險單遺失，本人聲明保險單作廢。   |
|  |                             | 理賠申請人：_____ (簽章)   |

本項理賠保險金，請依下列方式支付：匯款 支票 ※外幣保單不接受支票付款

給付對象：受益人(醫療保險金之受益人為被保險人) 受益人之法定代理人(身分證字號：\_\_\_\_\_)

匯款帳戶受益人戶名(外幣保單請填英文戶名)：吳小花 SWIFT CODE：\_\_\_\_\_

遠東 銀行 / 郵局 南門 分行 / 支局 帳號：1234567891011  
(可附存摺影本；若因帳戶資料有誤或其他因素致未能匯款時，本公司將以支票給付。)

**蒐集、處理及利用個人資料告知事項**

全球人壽保險公司(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：人身保險。

二、個人資料類別：

(一)識別類：1.辨識個人者：如姓名、職稱、住址、電話、電子郵遞地址及其他任何可辨識資料本人者等。2.辨識財務者：如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。3.政府資料中之辨識者：如身分證統一編號、統一證號、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。

(二)特徵類：個人描述：如年齡、性別、出生年月日等。

(三)健康與其他：如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料、檢、警、調等有調查權機關之紀錄、醫療費用收據及明細等。

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。(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、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、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險犯罪防制中心、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：上述對象所在地區。

(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：以書面方式行使上述權利(查詢 台端個人資料可另以本公司服務電話及網際網路方式)。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：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。

**同意聲明事項**

一、因申請保險金給付之需要，本人同意授權全球人壽保險股份有限公司(下稱全球人壽)索引、調閱、抄錄或影印與被保險人之病歷、醫療、檢警等紀錄相關的電腦檔案或資料，以為參用。本同意聲明內容影本與原本同屬有效。

二、本人同意全球人壽就處理進度、給付明細、拒絕給付或解除保險契約等相關事宜，得如會送件人，以利本人諮詢。

理賠申請暨同意人簽章：吳小花

(非身故件為被保險人，身故件為身故受益人) (理賠申請人為未成年、受監護或輔助宣告者時簽章)

理賠申請人聯絡電話：0912345678 法定代理人/監護人/輔助人聯絡電話：\_\_\_\_\_

(填寫行動電話將提供理賠結案簡訊服務) \*子女未滿20歲時，法定代理人需簽名+蓋章\*

見證暨送件人(壽險規劃師)：\_\_\_\_\_ 規劃師登錄證號/執業證號：\_\_\_\_\_

營業處/經代代號：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ E-mail：\_\_\_\_\_



※請於事故後十日內提出申請，填寫本申請書時，請詳閱背頁應附文件表及注意事項。 理賠編號： 受理日期：

## (一)理賠申請應備文件

| 申請項目<br>應備文件     | 身故保險金 | 殘廢保險金 | 殘廢扶助金 | 防癌保險金 | 提前給付保險金 | 重大疾病保險金 | 豁免保費 | 失蹤給付 | 住院醫療(實支實付) | 住院醫療(日額) | 傷害住院醫療(日額) | 傷害醫療保險金 | 長期看護或失能保險金 | 職業災害保險金 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|---------|---------|------|------|------------|----------|------------|---------|------------|---------|
| 理賠申請書            | ✓     | ✓     | ✓     | ✓     | ✓       | ✓       | ✓    | ✓    | ✓          | ✓        | ✓          | ✓       | ✓          | ✓       |
| 同意調查聲明書          | ✓     | ✓     | ✓     | ✓     | ✓       | ✓       | ✓    | ✓    | ✓          | ✓        | ✓          | ✓       | ✓          | ✓       |
| 保險單              | ✓     | ✓     |       |       | ✓       | ✓       |      | ✓    |            |          |            |         |            |         |
| 受益人生存身份證明        | ✓     |       | ✓     | ✓     |         |         |      | ✓    |            |          |            |         |            |         |
| 被保險人除戶戶籍謄本       | ✓     |       |       |       |         |         |      | ✓    |            |          |            |         |            |         |
| 相驗屍體證明書或死亡診斷書    | ✓     |       |       |       |         |         |      |      |            |          |            |         |            |         |
| 殘廢診斷書            |       | ✓     |       |       |         |         |      |      |            |          |            |         |            |         |
| 醫療診斷書或住院、外科手術證明  |       |       |       | ✓     | ✓       | ✓       | ✓    |      | ✓          | ✓        | ✓          | ✓       | ✓          |         |
| 據以診斷之病理、檢驗或專業評量表 |       |       |       | ✓     |         | ✓       |      |      |            |          |            |         | ✓          |         |
| 依約應附之醫療費用收據或費用證  |       |       |       |       |         |         |      |      | ✓          |          |            | ✓       |            |         |
| 死亡宣告判決文件         |       |       |       |       |         |         |      | ✓    |            |          |            |         |            |         |
| X光片(骨折津貼加附)      |       |       |       |       |         |         |      |      |            |          | ✓          | ✓       |            |         |
| 意外傷害事故證明文件、請假證明  | ✓     | ✓     |       |       |         |         | ✓    | ✓    |            |          | ✓          | ✓       | ✓          |         |
| 勞工保險給付收據影本       |       |       |       |       |         |         |      |      |            |          |            |         |            | ✓       |

## (二)填寫理賠申請書應注意事項：

- 本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽名/蓋章，有關受益人定義說明如下：
  - (1)申請醫療、重大疾病或殘廢保證金，受益人為事故人本人，但契約另有約定者不在此限。
  - (2)申請身故保險金，受益人係指保險單所載之身故受益人，身故受益人不只一人時，均需簽名/蓋章且應各填寫一份。
    - ※受益人為未滿七歲之未成年人，得由其法定代理人代為簽名或蓋章。
    - ※受益人為七~二十歲之限制行為能力者，由受益人及法定代理人簽名/蓋章。
    - ※受益人經法院監護宣告，得由其法定代理人代為簽名或蓋章，並應附法院文件。
    - ※應簽章者為不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替，但須二位見證人同時簽名。
    - ※應簽章者為雙手截肢可以蓋章代替，亦須二位見證人同時簽名。
- 身故受益人身份證明係指：受益人之戶籍謄本；或受益人身份證正反面影本(若受益人指定為法定繼承人，除身分證正反面影本外，還須檢附受益人之全部戶籍謄本並填具繼承系統表，以便確認受益人人數與給付金額)。
- 身故之死亡原因如為「解剖鑑定中」者，受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 申請人如因精神障礙或其他心智缺陷，致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者，請附法院「監護宣告」文件。
- 申請意外身故/殘廢/醫療保險金可檢附「意外傷害事故證明文件」、「警方證明文件」、「意外事故報案證明書」或「報章雜誌等媒體剪報」。
- 各式診斷書需為正本，若為影本需經原發證機關加蓋印章。(須註明住院、出院、加護病房日期、放射線、化學治療之日期及詳細手術名稱，如為急診住院，請醫院於證明書中詳載入出急診室之時間。)
- 收據抬頭需載有『收據』字樣，收費單、收費證明、收入傳票、明細單及通知單等皆不屬『收據』。
- 收據格式除總金額外若未分列費用細項者，應另附費用明細表。
- 申請 92.11.01 前投保之不記名之家庭保單保險給付，須檢附全戶戶籍謄本、戶口名簿影本或雙方關係人身份證正反面影印本。
- 申請傷害醫療保險金，若因意外傷害須磨復假牙，則另檢附事故時之 X 光片。
- 申請家庭保障或結婚、生育津貼應檢附戶口名簿影本。
- 申請意外傷害醫療，於中醫院/所就診而申請理賠時，若有自費用藥，請檢附該部份的用藥明細證明(詳載各種藥材名稱、份量、金額)。
- 前載通訊及其他地址，係為本公司寄送理賠文件或聯繫申請人之用，若要保人需申請變更正式的住所地址及電話，則須以書面通知本公司以保障權益。
- 理賠申請書、相關調查同意書可至全球人壽理賠服務網站下載使用。
- 依本公司「附約延續批註條款」、「長年期附約效力延續批註條款」約定，經本公司指定之附約(詳各該批註條款之附表)，若其主契約因批註條款約定之情形而終止時，本公司將主動提供保戶附約效力之延續，要保人得繼續繳交附約續期保險費以延續附約之效力，若要保人不同意時，須向本公司提出書面申請終止該附約。