

※理賠申請所需文件及相關注意事項，您可參閱背面說明。

被基 保本 險資 人料	姓 名	王大明		身 分 證 字 號	A123456789		出 生 日 期	70年 01月 01日		
	申 請 險 種	☐ 個人險 ☐ 團體險 ☐ 旅行平安險 ☐ OIU		保 單 號 碼	申請旅行平安險務必填寫保單號碼					
團必 險填	要 保 公 司 名 稱	北市保險工會		投 保 員 工 姓 名	王大明		投 保 員 工 身 分 證 字 號	A123456789		
申 請 項 目	☐ 身故 ☐ 殘廢 ☐ 醫療 ☐ 重大疾病 ☐ 特定傷病 ☐ 豁免保費 ☐ 其他： ☐ 重大燒燙傷 ☐ 長期看護 ☐ 生命末期提前給付								☐ 收據差額證明	
意 外 事 故 詳 情	發 生 時 間	105年01月01日 21時		發 生 地 點	中華路		事 故 時 的 職 業			
	請 勾 選 發 生 原 因 並 詳 述 經 過	☐ 車禍 ☒ 跌倒 ☐ 高處墜落 ☐ 溺水 ☐ 中毒 ☐ 燒燙傷 ☐ 他殺 ☐ 被人毆打 ☐ 其他： 搬重物時，不慎跌倒，右腳扭傷								
	是 否 報 警 處 理	☐ 是(填報案資料) ☐ 否		報 案 日 期	年 月 日		處 理 員 警 姓 名			
	警 方 單 位 名 稱	縣/市 警局		派 出 所			警 方 聯 絡 電 話			
台 幣 保 單 支 付 方 式	若醫療險受益人為未滿七歲之未成年人或受監護宣告之人，得以其法定代理人或監護人之帳戶為匯款帳戶或開立其法定代理人或監護人為抬頭之支票。									
	☐ 醫療相關保險金受益人為七足歲以上但未滿二十歲之未成年人，本人(被保險人)同意由法定代理人或監護人代為受領醫療相關保險金(註：以該法定代理人或監護人之帳戶為匯款帳戶或開立該法定代理人或監護人為抬頭之支票)(請勾選)									
	☐ 匯 款	戶 名	王大明		金 融 機 構 名 稱	合作金庫 (銀行)農會/漁會/合作社		南門	分行/部/社	
	☐ 支 票	匯 款 帳 號	1234567891011		郵 局	局 號：	帳 號：			
支付方式未勾選或填寫不完整者，本公司將以開立支票方式掛號郵寄至被保險人/受益人通訊地址。										
☐ 郵寄被保險人(事故人)/受益人本人，郵寄地址請填寫於本申請書下方的「聯絡地址」										
☐ 請由送件業務員轉交 ☐ 請由要保公司轉交(團險件專用)										
外 幣 保 單 適 用	英 文 戶 名					匯 款 帳 號				
	英譯受款人地址	OIU 理賠申請專用				受 款 人 國 籍	OIU 理賠申請專用			
	英譯銀行名稱					通 匯 代 號	SWIFT Code			
	英譯銀行地址									
聲 明 事 項	☐ 申請身故或完全殘廢案件，因保單遺失，本人(受益人)聲明保單作廢。(請勾選)									
	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，本人(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。 ☐ 本人(受益人)不同意前述通報比對(若未勾選則視為同意)									
	本人(被保險人/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，本人同意 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。									
	本人(被保險人/受益人)聲明並確認上述資料正確無誤，並同意 貴公司依上述指定方式匯款或交付支票後，即已履行保險金給付義務。若有因匯款帳戶填寫錯誤、變更、撤銷等原因致 貴公司無法順利付款，遲延責任由本人負擔。									
申 請 人 請 務 必 簽 章	被保險人(事故人)/受益人簽章：		王大明		明王印大		A123456789		(請簽章)	
	七歲以下未成年人/受監護宣告/受輔助宣告者，法定代理人/監護人/輔助人應代為簽署被保險人/受益人姓名。如受益人不只一人時均須簽章。									
	法定代理人/監護人/輔助人簽章：		(請簽章)							
	身分證字號：									
	被保險人(事故人)/受益人若為未滿二十歲之未成年人/受監護宣告/受輔助宣告者，其法定代理人/監護人/輔助人須簽章。									
	聯絡電話：()		行動電話號碼：		請務必填寫，以利理賠通知。					
OIU 理賠申請，請填寫國碼-區碼-電話		OIU 理賠申請，請填寫國碼-行動電話號碼								
聯絡地址：(郵遞區號)		聯絡地址僅供本次理賠寄送各式書函/通知使用，保單基本資料如需異動請另行向本公司提出申請。								
E-Mail：		OIU 理賠申請，建議填寫 E-Mail，以利通知。								
業 務 填 寫 欄	送件業務員或保險代理人或保險經紀人	請簽名		手 機 號 碼		收 件 單 位 受 理 欄				
	登錄證號/員工編號			業 務 員 所 屬 單 位		理 賠 號 碼				
				請蓋章						

※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

1040014(105年3月版)

保誠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，並同意保誠人壽保險股份有限公司於符合相關法令規範範圍內為蒐集、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本公司有業務往來之對象(註 1)或理賠業務之權利。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。

註 1：對象指本(分)公司、財團法人金融消費評議中心、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。

此致

保誠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



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。