



遠雄人壽

保險金申請書



CLA003

理賠單位受理章

※保險金申請文件共計2頁，第1頁請全部填寫，可避免照會補文件及加速審議時效。
 ※配合保險法修正，理賠相關文件用詞調整，修正前已生效保單之權益不受用詞調整影響。
 ※為加速審理流程，本申請書請申請人逐項填寫。有關應備文件、填寫說明，敬請詳閱第2頁說明。

事故人	事故人姓名	(Name)		身分證字號	(ARC Number)					
	要保單位 (大專院校名稱)	<input type="checkbox"/> 團險件		出生日期	Date of birth		月		日	
申請項目	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 重大/特定重大疾(傷)病 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 各項津貼 <input type="checkbox"/> 生前需求 <input type="checkbox"/> 身故給付 <input type="checkbox"/> 完全失能 <input type="checkbox"/> 部分失能 <input type="checkbox"/> 收據差額給付證明 <input type="checkbox"/> 失能安養扶助保險金一次給付(依商品條款約定會以貼現利率計算) <input type="checkbox"/> 長期照顧給付 <input type="checkbox"/> 續賠件 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 本次不同意申請團險保單之理賠(如台端於本公司有團險保單，但此項未勾選視同台端同意申請此保單，基於保單服務，本公司會將本次之理賠申請文件通知台端之要保單位。)									
	事故種類	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 ※若為意外，請續填以下欄位		工作內容	X		就診身分	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費		
事故內容	事故日期時間	Date of medical treatment		報案日期	年 X 月 日		事故地點	X		
	處理單位	分局		派出所	處理員警		連絡電話	X		
事故原因及經過情形，請詳述於下：(※若有報案或警方證明文件或報章雜誌媒體報導，請提供剪報或相關資料。) Cause of accident (If disease, no need to fill in)										
給付方式	<input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 由送件單位服務人員轉交 <input type="checkbox"/> 郵寄事故人之本次申請書聯絡地址 <input type="checkbox"/> 郵寄其他指定地址：									
	理賠給付明細表寄送方式 <input type="checkbox"/> 併支票寄送 <input type="checkbox"/> 無須寄送 (此欄如未勾選，將併同支票寄送)									
	<input type="checkbox"/> 匯款至前次理賠帳戶 <input type="checkbox"/> 匯款至受益人帳戶 <input type="checkbox"/> 匯款至法定代理人或監護人之帳戶 ※為加速給付時效，建議採取匯款方式									
	戶名	金融機構名稱	分行名稱	帳號						
	(Name)	(Bank name)	(account number)							
理賠給付明細表寄送方式 <input type="checkbox"/> 本次申請書聯絡地址 <input type="checkbox"/> 無須寄送 ※此欄如未勾選或填寫，將依事故人留存公司之最新地址(住所)寄送之。										
1. 醫療保險金受益人為未成年人且給付金額於20萬元(含)內，得選擇匯款至法定代理人或監護人(且須為要保人本人)之帳戶。2. 若醫療保險金受益人與要保人同一人，如為未成年人且給付金額於20萬元(含)內，得選擇匯款至法定代理人或監護人(須附關係證明文件)之帳戶。3. 符合前述1或2之給付方式，則視為本公司已對受益人給付，但因此致成本公司之損害時，受益人及受款人願負連帶返還保險金之責，絕無異議。										
壽險業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)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項規定，向 台端告知下列事項，敬請 台端詳閱：一、蒐集之目的：人身保險(001)、行銷(包含金融控共同行銷業務)(040)、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(059)、金融爭議處理(060)、金融監督、管理與檢查(061)、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(063)、保險監理(066)、契約、類似契約或其他法律關係事務(069)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、消費者保護(091)、會計與相關服務(129)、網路購物及其他電子商務服務(148)、輔助性與後勤支援管理(150)、調查、統計與研究分析(157)、其他金融管理業務(177)、其他經營合於營業登記目的或組織章程所定之業務(181)等合理關連之特定目的。二、蒐集之個人資料類別：(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、網際網路協定(IP)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：1. 個人描述：如年齡、性別、出生年月日等。2. 身體描述：如身高、體重等。3. 習慣：如抽煙、喝酒等。(三)家庭情形：如結婚有無、家庭成員之細節等。(四)社會情況：如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等、意外或其他事故及有關係情形等。(五)教育、考選、技術或其他專業：如學校紀錄等。(六)受僱情形：如現行之受僱情形等。(七)財務細節：如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易紀錄、票據信用、保險細節等。(八)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等。(九)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。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(分)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、財團法人保險安定基金、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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有業務往來之公司(如：再保業務、金融機構、經代公司)、依法有調查權機關或金融監理單位。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：符合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：台端得以書面(包含電子郵件、傳真、電子文件)，或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。										
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項： 立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法等相關法令所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。										
聲明同意事項： 1. 被保險人/受益人同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。2. 本人同意委任「送件業務員/保險代理人或保險經紀人/服務員」代為處理理賠申請事宜，並同意 貴公司將理賠申請相關文件/資訊由前開受任人轉知予本人。3. 申請身故/完全失能保險金，依條款規定須檢附保險單而未檢附者，視為已遺失，受益人聲明保險單作廢無須補發。4. 若為申領身故給付，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)同意遠雄人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。										
立書人(即被保險人/受益人)簽名：Signature 法定代理人/監護人/輔助人簽名：X (醫療保險金受益人為事故人本人) (受益人為未成年人或受監護或受輔助宣告之人需填寫)										
行動電話：cell phone 聯絡電話：()										
*本公司將提供簡訊通知理賠進度，立書人請確認行動電話號碼清楚正確，以利接收相關通知訊息。										
聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同「事故人留存公司最新之地址(住所)」(申請旅行平安險者不適用本項勾選，請務必詳填地址)										
縣 鄉鎮 村 路 段 巷 號之 市 市區 里 街 弄 樓之										
<input type="checkbox"/> @yahoo.com.tw <input type="checkbox"/> @hotmail.com <input type="checkbox"/> @gmail.com <input type="checkbox"/> @fglife.com.tw <input type="checkbox"/> 其它@										
E-mail:										
申請日期：中華民國 年 月 日 (※若未填寫，以本公司受理當日為申請日)										
服務人員/受託人簽章： 登錄證字號： 送件單位/代碼/保經保代簽署章 行政助理/團保部受理章										
E-mail: 行動電話：										