

要保單位	(*)公司名稱 臺北市公務人員協會	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.G30810-001	—				
(*)住所地址				2.G30810-002	—				
				3.G30810-003	—				
由服務人員或窗口填寫									
(*)行動電話	聯絡電話( )			電子郵件					

1. 本公司將發送理賠進度與理賠核定結果簡訊至本申請書上所填寫之行動電話號碼。  
 2. 填寫 E-mail 者, 本公司將於結案後發送電子理賠核定結果至本申請書上所填寫之電子信箱。

(*)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 ※「理賠類別」原則以您所勾選者為準, 惟如尚有符合其他理賠類別, 將於確認您的意願後一併審核。 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。		

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

(*)保險金給付方式 (未勾填給付方式者,一律以背書支票支付)	<input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶(限受益人為未成人時,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)	
	<input type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶	
	<input type="checkbox"/> 匯撥至受益人已指定之匯撥帳號(即「一指通」帳戶,即免填下列帳戶資料) (員工眷屬申請「醫療給付」,可選擇匯撥至員工帳戶,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

帳戶資料	戶名	身分證字號
	金融機構(分行)	身分證字號
	(中文名稱)	分行通匯代號
		帳號

**眷屬醫療保險金指定匯款同意書**  
 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: \_\_\_\_\_

**個人資料(含特種個資)蒐集、處理及利用同意書**  
 立書人已詳閱並瞭解下述【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:	法定代理人(監護人或輔助人):
(親簽)	(親簽)
員工簽名:(如選擇匯撥至員工帳戶,員工本人亦需簽名)	
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	
(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。**

要保單位填寫欄	<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、外供本公司、因以上目的作業需要之第三方(包括但不限於再保險及業務委外等對象)、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者及依法有調查權機關或金融監理機關等進行處理及利用。您可行使之個人資料權利包含: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,並可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:0800-036-599,手機請改撥付費電話:02-4128-010或網路電話詢問),本公司將儘速依相關法令規定,處理與回覆您的請求,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2萬元者,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. 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。 7. 本申請書所提供之通訊地址、聯絡電話及 E-mail,僅供本次申辦業務使用,不代表已向本公司行使變更通知。
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)	

(*)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	送件人員編	
聯絡電話	市話:( ) 分機	手機:	收件日期: 年 月 日





## 同意查詢暨授權聲明書

一、本人\_\_\_\_\_為向國泰人壽保險股份有限公司(下稱國泰人壽)基於 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, 基於人身保險相關服務目的, 索引<sup>註一</sup>、查詢<sup>註二</sup>、問診、調閱、抄錄或影印下列資料, 以為參證之用:

(一) 就診病歷

1. 被保險人自契約生效日(民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)起前五年內迄本聲明書簽章日止, 不限科別之特定疾病(病名: \_\_\_\_\_)相關病歷。
2. 前項未填寫契約生效日者, 同意以被保險人所留存於國泰人壽最早有效保單紀錄為準; 未填寫病名者, 授權調閱所有相關病歷資料。

(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)。

二、上述欄位如有空白, 本人同意委由國泰人壽人員於個人資料保護法規範內代為填寫。  
三、本人並聲明: 本人同意國泰人壽於辦理上開事項範圍內, 得影印本聲明書後使用; 影印本與正本具同等效力。

此致

各有關醫療院所、警察機關、消防(救護)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

附註:

註一: 索引包含但不限於公開查詢網站、平台進行自主檢索。

註二: 查詢包含上開單位網路、電話語音掛號系統之操作, 或配合醫療院所作業要求。

### 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(包含病歷、醫療、健康檢查之個人資料)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(市話請撥打免付費專線: 0800-036599, 手機請改撥付費電話: 02-4128-010 或網路電話)、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



00010