

要保單位	(*)公司名稱 淡江大學		廠區	部門	統編	3	7	3	0	0	9	0	0
(*) 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. G000031289		____		
	2. G31289-001								.01				
(*)員工 住所地址	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,詳細說明參閱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(未勾填給 付方式者,一 律以支票支 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)												
帳戶資料	戶名				身分證字號		受益人 身分證字號						
	金融機構 (分行)	(中文名稱)	分行通匯 代號						帳號				
<p align="center">眷屬醫療保險金指定匯款同意書</p> <p>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。</p> <p>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: _____</p>													
<p align="center">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)</p> <p>立書人已詳閱並瞭解下方【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、醫療及健康檢查等個人資料,以及將上開資料轉送與貴公司有業務往來之再保險公司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。</p>													
<p>(*)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</p> <p>(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。)</p> <p>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。</p>													
<p>法定代理人(監護人或輔助人): _____ (親簽)</p>													
<p>要保單位填寫欄</p> <p>到職日: 年 月 日</p> <p>事故日是否是在職: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>確認人: _____ (職章)</p> <p>(記名投保, 免用印)</p> <p>(要保單位用印)</p>													
<p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 【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中心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。 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)。 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。 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 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。 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。 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。 													
<p>(*)服務人員(送件人)基本資料(此欄由國壽服務人員填寫)</p>													
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			



同意查詢聲明書

茲因申請國泰人壽保險股份有限公司（下稱國泰人壽）保險給付之需要，由立同意書人以被保險人（姓名：_____，生日：_____年_____月_____日生，身分證字號：_____）之本人父母配偶子女繼承人（關係：_____）之身分，請 貴醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司、內政部入出國及移民署或其他相關之單位或個人，協助國泰人壽指派之人員索引、查詢（包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作，或配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為）、問診、調閱抄錄或影印自本次保險事故日期起算前五年內（若本次保險事故為慢性疾病或先天性疾病者，則包含既往求診）之所有就診病歷、投保資料或其他與本次保險事故相關資料（包含書面及電腦檔案），以為參證之用。

申請身故保險金者，立書人同意國泰人壽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，恐口說無憑，特立此書為證。

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位或個人

（本同意書同意由國泰人壽影印後使用，影印本與正本具同等效力）。

※下列欄位須立同意書人/法定代理人/監護或輔助人親自簽章

立同意書人簽章：_____ 蓋章 身分證字號：_____ 電話（或手機）號碼：_____

被保險人白天易晤地址：_____ 電話（或手機）號碼：_____

法定代理人/
監護人或輔助人簽章：_____ 蓋章 身分證字號：_____

（立同意書人為未成年且未婚/為受監護或輔助宣告人者）

地址：_____ 電話（或手機）號碼：_____

相關法令摘要：

1. 醫療法第 71 條：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔。」
2. 行政院衛生署 96 年 3 月 27 日衛署醫字第 0960012310 號函：「…同意書之格式，醫療法並未限制，惟應具體載明委託意旨及範圍。爰無論係由醫療機構提供，或係保險公司自行製作之同意書格式，如符合前開之原則，均無不可。」

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日



300005

00006

104.07 版