

# 中國人壽理賠申請書

※本申請書所填寫之個人資料及聯繫方式僅供本次理賠申請使用；各項保單基本資料如需異動請另行向本公司提出申請。

保單號碼	<input type="checkbox"/> 個險 _____ (可填多項) <input type="checkbox"/> 團險 _____ (可填多項)		要保人 (團體保險請加蓋單位章)
被保險人姓名	被保險人 身分證字號	被保險人 出生日期	/ /
※申請團體保險理賠請一併填寫以下欄位			
投保 員工姓名	投保員工 身分證字號	投保員工 出生日期	/ / 與被保險 人關係
申請項目	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 教育年金 <input type="checkbox"/> 收據差額給付證明 <input type="checkbox"/> 其他 ※理賠申請所需文件及相關注意事項，敬請參閱背面說明。		
意外事故 詳情說明	事故時 職業	事故 日期	/ /
	事故 地點	報案 日期	/ /
	是否 報案	承辦 員警	
	報案 警局	聯絡 電話	
保險金 給付方式	<input type="checkbox"/> 匯款：帳戶係 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人/監護人/輔助人所有 戶名： _____ 帳號請參照存摺，由左至右填寫(含科目、檢查碼)		
	<input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> _____ 銀行 _____ 分行		
	提醒您：1.請依存摺號碼由左至右填寫，空格不補0。 2.郵局帳號請先填寫局號再填帳號；帳號為七位數字，局號及七位帳號(含檢號)共十四位數字。 3.若受益人不只一人時，可檢附匯款帳號資料影本(如存摺影本)。 4.倘若戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得逕行改以禁背支票給付。 5.外幣保單須填寫與外幣帳戶相同的英文姓名，並需檢附外幣存款帳號之證明文件影本。		
	<input type="checkbox"/> 支票： <input type="checkbox"/> 郵寄給受益人本人 <input type="checkbox"/> 請由業務員轉交 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
申請項目為「身故」時，受益人是否具美國稅務居民身分： <input type="checkbox"/> 是(受益人簽名： _____) <input type="checkbox"/> 否 ※具美國稅務居民身分之受益人不只一人時，均須簽名。美國稅務居民定義，敬請參閱背面說明。			
送件單位填寫欄	※個人資料保護及美國「外國帳戶稅收遵從法案(FATCA)」聲明暨同意事項 ※ 本人(受益人/事故人)同意 貴公司得就本人之個人資料(含健康檢查、醫療、病歷)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；且聲明已收受、審閱、知悉並瞭解「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」之全部內容(如理賠申請書第二頁所示)。 若申請項目為身故保險金時，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。 本人聲明並確認本申請書資料填寫正確無誤，並同意 貴公司依上述指定方式匯款或交付支票後，即視為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，遲延責任概由本人負擔，與 貴公司無涉。 另，本人聲明對於美國「外國帳戶稅收遵從法案(FATCA)」身分確認應告知事項已據實告知，如有違反願負相關法律責任，並同意若日後有美國身分狀態變更之情形，應於變更後30日內主動通知 貴公司，如未依規定配合或提供會被列入 FATCA 定義之不合作帳戶。		
送件單位/代號：	受益人/事故人 簽章： _____ 身分證字號： _____		
送件人員姓名：	法定代理人/監護人/輔助人 簽章： _____ 身分證字號： _____ (受益人為未成年人、受監護或輔助宣告時，應由法定代理人/監護人/輔助人簽章)		
登錄證字號：	理賠聯絡地址： _____		
聯絡電話：	聯絡電話：( )- _____ 行動電話： _____		
行政助理受理欄	※填寫行動電話者，本公司於理賠受理及結案時以簡訊通知。 ※為確保您的權益，上開欄位請務必詳填完整。如受益人不只一人時，均須簽名並註明身分證字號、聯絡地址。		
理賠號碼 (本欄位由櫃檯受理人員填寫)	中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		



# 中國人壽保險股份有限公司

## 同 意 書

茲因向中國人壽保險股份有限公司（下稱中國人壽）申請保險給付投保商業保險之需要，立同意書人（與被保險人關係：本人受益人法定代理人監護人輔助人其他\_\_\_\_\_）同意並委託中國人壽之職員向 貴醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位，索引查詢（包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音或配合醫療院所作業所為之行為）、調閱、抄錄、影印被保險人\_\_\_\_\_（生日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日、身分證號碼：\_\_\_\_\_）本次申請傷病（\_\_\_\_\_（病名））不限年期及自契約生效日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日前五年內迄本同意書“簽章日”為止之就診且不限科別之相關病歷以及依據健保局提供之歷次就診紀錄查詢之就醫詳情、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由中國人壽職員代為填寫，並聲明：「立同意書人同意並委託中國人壽就本同意書為影印使用且本同意書之影本與正本具同等效力。」

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位

立同意書人簽章：\_\_\_\_\_身分證號碼：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人簽章：\_\_\_\_\_身分證號碼：\_\_\_\_\_

（如立同意書人為未滿七歲之未成年人或受監護宣告者，應由其法定代理人或監護人代為簽章，若為七歲以上未滿二十歲之未成年人或受輔助宣告者，除本人簽章外，並須由其法定代理人或輔助人簽章）

聯絡地址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：（ ）\_\_\_\_\_ 行動電話：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

附註：

1. 醫療法第 71 條規定：「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. 衛生署 96 年 3 月 27 日衛署醫字第 0960012310 號函釋，調閱病歷同意書規格不拘，醫療機構或保險公司提供與病患填寫使用者，均無不可。
3. 中華民國醫師公會全國聯合會 96 年 9 月 13 日(96)全醫聯字第 1716 號函釋，調閱病歷如使用影本，可加蓋與正本相同圖章後使用。



## 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「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」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 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料，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 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、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 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，或轉送爭議處理機構處理消費爭議。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。

此致

中國人壽保險股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：\_\_\_\_\_

(若有投保要保人豁免保費附約或配偶/子女附約者，要保人或配偶/子女亦為被保險人，請一併簽署同意)

法定代理人 簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

