

團險專用

# 國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書

(\*)=必填欄位

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |         |      |             |                                                                                                                                                |          |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|---------|------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------|
| 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                                                                                                                                       |          |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |         |      |             | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母<br><input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它 |          |                         |
| 員工資料<br>(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                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |         |      |             | 1.G30810-001<br>2.G30810-002<br>3.G30810-003                                                                                                   |          | _____<br>_____<br>_____ |
| (*)住所地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>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。<br>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<br>(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<br>※「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。<br>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<br>(未勾填給付方式者,一律以禁背支票支付)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶(限受益人為未成年時,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<br><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)<br>(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   |      |             | 身分證字號                                                                                                                                          |          |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 金融機構(分行)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (中文名稱)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 分行通匯代號 |        |         |      |             | 帳號                                                                                                                                             |          |                         |
| <b>眷屬醫療保險金指定匯款同意書</b><br>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。<br>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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |         |      |             |                                                                                                                                                |          |                         |
| <b>個人資料(含特種個資)蒐集、處理及利用同意書</b><br>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。<br>(*)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):<br>(親簽) (親簽)<br>員工簽名:(如選擇匯撥至員工帳戶,員工本人亦需簽名)<br>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<br>(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。)<br><b>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。</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |         |      |             |                                                                                                                                                |          |                         |
| 要保單位填寫欄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>注意事項</b><br>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督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,手機請撥打付費電話: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。<br>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)。<br>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。<br>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: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<br>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。<br>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。<br>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<br>事故日是否在職: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/><br>確認人: (職章)<br>(要保單位用印)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        |         |      |             |                                                                                                                                                |          |                         |
| (*)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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | 送件人員編號 |         |      |             |                                                                                                                                                |          |                         |
| 聯絡電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 市話:( ) 分機                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | 手機:    |         |      | 收件日期: 年 月 日 |                                                                                                                                                |          |                         |

114.12版

團

302002

00014

## 事故者基本資料

|         |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| (*) 姓 名 |  | (*) 身分證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## 保險金給付方式

|      |                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 領取方式 | <input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶<br>(限受益人為 <u>未</u> 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)(請填下列帳戶資料) |
|      | <input type="checkbox"/> 匯撥至身故受益人帳戶(請填下列帳戶資料)                                                                       |
|      | <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)                                                         |
|      | <input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票(請於下列帳戶資料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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 金融機構(分行) | (中文名稱) | 行庫局號 | 代號 | 帳號    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 戶名       |        |      |    | 身分證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 金融機構(分行) | (中文名稱) | 行庫局號 | 代號 | 帳號    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 戶名       |        |      |    | 身分證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 金融機構(分行) | (中文名稱) | 行庫局號 | 代號 | 帳號    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 注意事項 | 1. 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | 2. 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|      | 3. 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:<br>(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<br>(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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|      | 4. 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | 5. 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件部分,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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|      | 6. 【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(市話請撥打免付費專線: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。 |
|      | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

受益人簽名:

法定代理人(監護人)簽名:

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。



302004



00010

114.12 版



## 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