



CLA003

※為加速審理流程，本申請書請申請人逐項填寫。應備文件、填寫說明，敬請詳閱第2頁說明。

一、 事故人 資料	要保單位 (大專院校名稱)：○○大學		事故人姓名：王○明 (Name of Insured)		身分證號碼：A123456XXX (ID)	
			財務金融系所：一		年級甲班學號：40009XXXX	
			(Name of Department)			
二、 申請 項目	出生日期：76/06/06 (Date of Birth)		聯絡電話：02-2458-XXXX (Telephone)		行動電話：0912345XXX (Cell Phone No)	
	聯絡地址： (Mailing Address)		縣基隆市		鄉鎮暖暖區	
	205□□		村里		健康路街	
三、 事故 內容	醫療類		<input checked="" type="checkbox"/> 醫療給付 (Medical Benefits)		<input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 (Major burns Benefits)	
	身故或殘廢類		<input type="checkbox"/> 身故給付 (Death Benefits)		<input type="checkbox"/> 殘廢給付 (Dismemberment Benefits)	
	其他類		<input type="checkbox"/> 其它給付 (Other)		<input type="checkbox"/> 收據差額給付證明 (Documents for amount submitted bill in excess of medical benefit)	
四、 給付 方式	事故時間：103年05月01日 (Occurred)		<input checked="" type="checkbox"/> 上午10時00分 <input type="checkbox"/> 下午		事故種類(Cause)： <input type="checkbox"/> 疾病 (Illness) <input checked="" type="checkbox"/> 意外 (Accident)	
	曾就診醫院/診所：基隆長庚醫院				就診身分(Medical Identity)： <input checked="" type="checkbox"/> 健保(NHI) <input type="checkbox"/> 自費 (Own expense)	
	※若為意外事故(Accident)，請續填以下欄位。		事故時職業及工作內容： 貿易公司經理		報案日期： 年 月 日	
四、 給付 方式	事故地點： <input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 職場 <input checked="" type="checkbox"/> 其他基隆廟口愛三路		處理事故單位：基隆市第二分局 正濱派出所		員警姓名：李○仁 電話：02-2462XXXX	
	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。)					
	騎機車經過十字路口時被闖紅燈的計程車撞傷致小腿骨折					
四、 給付 方式	<input checked="" type="checkbox"/> 匯款		戶名：王○明		金融機構名稱：郵局	
	<input type="checkbox"/> 支票		郵寄至 <input type="checkbox"/> 事故人之聯絡地址 <input type="checkbox"/> 其他指定地址		分行名稱：暖暖分局	
					帳號：0011310XXXXXX	
四、 給付 方式	要保單位 (學校) 簽章欄					
	要保單位		校長 (代表人)			
壽險業履行個人資料保護法告知義務						
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(下稱個資法)第八條第一項及第九條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱： 一、蒐集之目的：○○人身保險、○○外匯業務、○○三六存款與匯款、○○五九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、○○六〇金融爭議處理、○○六一金融監督、管理與檢查、○○六六保險監理、○○六七信用卡、現金卡、轉帳卡或電子票證業務、○○六九契約、類似契約或其他法律關係事務、○○八五旅外國人急難救助、○○九〇消費者、客戶管理與服務、一八一其他經營合於營業登記目的或組織章程所定業務等合理關連之特定目的。(二)其他法令許可之事由或目的。 二、蒐集之個人資料類別：以 台端與本公司往來業務及契約書、授權書及申請書等所列必要個人資料類別為限。 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、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之再保險公司、依法有調查權機關或金融監理單位(三)地區：上述對象所在地。(四)方式：合於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，本公司將可能延後或無法進行必要審核及處理作業，因此可能延遲或無法提供 台端相關服務或給付。						
聲明同意事項： 1.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。						
事故人/受益人簽名：王○明 ID A123456XXX 法定代理人簽名： ID						
(醫療保險金受益人為事故者本人) (受益人為未成年人或受監護宣告人需填寫)						
申請日期：中華民國 103 年 10 月 01 日 (※若未填寫，以本公司受理當日為申請日)						
遠雄人壽團保部 受理章收件			承辦人章： 受理章/記錄欄			

申請項目		申請理賠給付時應檢附之文件	
醫療給付	實支實付型給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 診斷證明書	3. 醫療費用收據正本及費用明細表
	日額給付型給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 診斷證明書	
	骨折件給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 診斷證明書	3. X 光片
癌症給付	初次罹患給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 同意查詢暨授權聲明書	3. 診斷證明書 4. 相關檢驗或病理切片報告
	癌症醫療給付	1. 團體保險理賠申請書 2. 同意查詢暨授權聲明書	3. 診斷證明書
重大傷病		1. 團體保險理賠申請書 2. 同意查詢暨授權聲明書	3. 診斷證明書 4. 相關檢驗或病理切片報告
殘廢給付		1. 團體保險理賠申請書 2. 同意查詢暨授權聲明書 3. 診斷證明書	● 意外殘廢：另需檢附意外傷害事故證明文件 ● 截肢或缺損：X 光片
身故給付		1. 團體保險理賠申請書 2. 同意查詢暨授權聲明書 3. 死亡證明書或相驗屍體證明書 4. 除戶戶籍謄本 5. 受益人身分證明	6. 學籍資料證明文件 (需用印『學校大小章』，並蓋承辦人章以證明其資格符合)。 7. 法定繼承人聲明同意書(請向承辦單位索取) ● 意外身故：另需檢附意外傷害事故證明文件

一、注意事項：

- 各項保險金給付申請文件，以送達本公司各理賠單位為受理開始。
- 上述應備文件係依保單條款約定，未列文件且為理賠審核需要者，將由承辦人員另行通知補全。
- 國外開立之證明文件應依相關法令規定進行公證及驗證後使用，詳情可上外交部領事事務局網站查詢。
- 身故原因為「解剖鑑定中」者，應補「解剖鑑定報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 因「骨折」申請意外傷害醫療保險金或殘廢理賠時，除檢附診斷證明書外，並請檢附 X 光片以區別骨折程度（完全骨折、不完全骨折或龜裂）及確認傷害部位。
- 申請意外身故或全殘時，為加速理賠作業，請一併附上「意外傷害事故證明文件」（如警方證明文件）。
- 申請全殘之被保險人如為精神障礙或心智缺陷致不能為意思表示或受意思表示、不能辨識其意思表示之效果、或上開能力顯有不足者，需檢附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。
- 申請與「癌症」有關之理賠（如：重大疾病、癌症醫療、癌症身故），應檢附癌症病理切片或相關檢驗報告以資證明。
- 醫療原因之剖腹產給付，地區醫院等級(含)以上免附病歷，婦產科診所需檢附病歷影印本或產程記錄。
- 受益人身分證明係指受益人之戶籍謄本或受益人身分證正反面影本(若受益人指定為法定繼承人，除身分證正反面影印本外，尚須檢附受益人之全部戶籍謄本並填具「繼承人聲明同意書」，以便確認受益人人數與給付金額)。
- 為有利於理賠調查作業，承辦人員可能會通知補具各機關(醫院)專用「同意查詢暨授權聲明書」。倘立書人為事故人/身故受益人之法定代理人時，請另檢附關係證明（如戶口名簿影本等）。
- 非本人提出理賠申請時，須附委託書並請被委託人一併詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」。
- 依全民健康保險法與全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法之規定：
 - 13.1 歸責保險人未在15日內給付保險金所衍生之延滯利息係屬所得稅法所稱之利息所得，為補充保險費之扣取範疇。
 - 13.2 延滯利息單次給付金額新台幣5,000元~1,000萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費。

◆洽詢單位：所屬學校辦理保險之單位（如 衛生保健組或學生事務組等...）

同意查詢暨授權聲明書

茲因申請遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱遠雄人壽)保險給付之需要,由立同意書人以被保險人(姓名: 王○明, 生日: 民國 76 年 06 月 06 日生, 身分證號碼: A123456XXX)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、保險公司或其他相關之單位或個人,協助遠雄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、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,恐口說無憑,特立此書為證。


上述欄位如有空白,立同意書人同意委由遠雄人壽人員代為填寫,並聲明:立同意書人同意並委託遠雄人壽就本同意聲明書為影印使用;立同意書人同意本同意聲明書之影印本與正本具同等效力且依前述內容辦理。

若因醫院(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要求提供特定格式同意書,本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。

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。

立同意書人: 王○明

 [簽名並蓋章] 身分證號碼: A123456XXX

法定代理人:

 [簽名並蓋章] 身分證號碼:

(立同意書人為未成年者,請填寫法定代理人並請檢附身分證正反面影本或戶口名簿影本等關係證明文件。)

聯絡電話: 02-2458XXXX

行動電話: 0912345XXX

聯絡地址: 基隆市暖暖區健康路9號9樓

中 華 民 國: 103 年 10 月 01 日

註:請您於申請理賠時一併於本聲明書簽名及蓋章,本公司將會從速辦理,若經評估本案需要查詢病歷而您未簽名及蓋章同意時,將會影響本次理賠辦理的速度。(提醒您,部分醫院例如:臺大醫院、各地榮民總醫院、各衛生福利部醫院、各地慈濟醫院...等,皆會要求使用該院之專用制式表格,如需要您再行補立同意書,屆時會再通知您協助。)