

保單號碼：		保險金理賠申請書(人身保險專用-109.07版)			第一頁共二頁
被保險人(事 故人)姓名	王○○	身分證號碼	A123456789	地址	台北市中正區金山南路二段55號
申請項目	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 傷害日額 <input checked="" type="checkbox"/> 傷害醫療限額 <input type="checkbox"/> 住院日額 <input type="checkbox"/> 住院醫療				
工作內容	郵務士	電話	0910-000-000	e-mail	
事故時間	109年12月20日12時00分	事故地點	辦公室	事故經過	遭刀片割傷
處理警方	分局	派出所	警員姓名	電話	
付款	<input checked="" type="checkbox"/> 匯款至本人帳戶(請檢附存摺影本) <input type="checkbox"/> 支票(禁止背書轉讓) <input type="checkbox"/> 同意匯款至法定代理人帳戶(限被保險人未滿20足歲申請醫療保險金適用,須檢附戶口名簿影本)				
方式	被保險人簽名: _____ (七歲以上須親簽) 法定代理人簽名: _____ 匯款必填: _____ 銀行/農漁會 _____ 分行, 帳號: _____, 戶名: _____ 郵局存簿儲金局號: □□□□□□—□, 帳號: □□□□□□—□, 戶名: _____				
送件單位	處	分公司/通訊	送件人姓名	行動電話	
同意查詢聲明書	茲被保險人王○○(民國66年5月6日生,身分證字號A123456789)因申請第一產物保險股份有限公司保險金給付之需要,由立同意書人以被保險人之 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 繼承人之身分同意: 1. 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。2. 同意任何醫院(師)、診所、地檢署、警方、保險公司等單位,提供第一產物保險(股)公司及其所授權之查證公司調閱、抄錄或影印所有就診病歷、電腦檔案資料、與本案有關之筆錄、報告、相關資料及保險相關紀錄;恐口說無憑,特立此書為憑。此致 各有關醫院(師)、診所、地檢署、警方、保險公司。本同意書之影本與原本具同等效力。				
蒐集個人資料告知事項暨同意書	本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定,於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料,有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。(詳細內容請參閱本申請書第二頁所示)。(台端可自由選擇是否提供,唯若選擇不提供或是提供不完全時,本公司將可能無法提供完善之人身保險及其他服務,尚祈見諒。)本人已確實詳閱蒐集個人資料告知事項暨同意書之內容,並同意提供個人資料以供第一產物保險股份有限公司使用。				
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集處理或利用同意書	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、處理或利用,除本公司「產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、處理或利用,將於人身保險及財產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、處理或利用前述資料,本公司將可能無法提供 台端相關人身保險及財產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、處理或利用本人之病歷、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。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 第一產物保險股份有限公司				
立同意書人對於同意查詢聲明書、蒐集個人資料告知事項暨同意書及病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集處理或利用同意書之內容已充分瞭解,並同意授權第一產物保險股份有限公司於法令規定內使用。					
立同意書人/申請人簽章:		王○○	<input type="checkbox"/>	身分證字號: A123456789	
(若申請人為未滿20足歲或受監護/受輔助宣告者,則須加填法定代理人/監護、輔助人簽章,並檢附關係證明)					
法定代理人/監護、輔助人簽章:			<input type="checkbox"/>	身分證字號:	
申請日期: 中華民國 110年 1 月 20 日					

蒐集個人資料告知事項暨同意書

第一產物保險股份有限公司（以下簡稱本公司）及辦理您的保險契約再保險業務的再保險公司（下稱「再保險公司」），為提供保險產品及服務、辦理申訴及爭議處理業務、辦理公司內部稽核業務及履行保險契約之目的予立書人了解，需蒐集立書人個人資料，並依據本同意書之各項內容進行使用。為了保障您的權益及幫助您瞭解本公司如何蒐集及使用您個人資訊，請務必詳細的閱讀本同意書之各項內容。

一、蒐集目的：

- (一)依保險法令規定辦理之財產、傷害及健康保險相關業務。
- (二)其他合於營業登記項目或章程所定業務之需要。
- (三)協助公務機關檢核、調查。
- (四)行銷經核准銷售商品、經營、管理及辦理相關業務。

二、類別：姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、病歷、醫療、健康檢查、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。

三、利用之期間、地區、對象及方式：

(一)期間：

個人資料蒐集之特定目的存續期間、提供商品服務之契約期間、本公司執行業務所必須之保存期間或依相關法令就資料之保存所訂保存年限。

(二)地區：

1. 中華民國境內。
2. 因辦理財產、傷害及健康保險相關業務需要之第三方所在境外地區。

(三)對象：

1. 本公司因辦理財產、傷害及健康保險相關業務需要之第三方。
2. 財團法人保險事業發展中心、產/壽險同業公會、關貿組織、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金，及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。
3. 依法令執行法定職務之公務機關。

(四)方式：

1. 電子文件、紙本或其他合於當時科技之適當方式。
2. 符合個資法第 20 條規定之利用。

四、依據個資法第 3 條規定，台端就本人之個人資料得行使下列權利：

- (一)得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本，而本公司依法得酌收必要成本費用。
- (二)得向本公司請求補充或更正，惟依法台端應為適當之釋明。
- (三)得向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除，惟依法本公司因執行業務所必需者，得不依台端請求為之。

五、台端可透過本公司客服專線、E-MAIL 或書面行使前條所列就個人資料得行使之權利。

六、本公司基於上述原因而需蒐集、處理或利用台端之個人資料時，台端可自由選擇是否提供，唯若選擇不提供或是提供不完全時，基於健全產險業務之執行，本公司將可能無法提供完善之服務。

本人已確實詳閱上述之同意書內容，並同意提供上述之個人資料以供第一產物保險股份有限公司使用。

填表注意事項

1. 事故人：指住院或意外或死亡之當事人。
2. 受益人：
 - (1) 於請領失能保險金或醫療保險金者，係指發生保險事故之被保險人(即事故人)。
 - (2) 於請領身故保險金者，係指保單上所指定之身故受益人。
3. 申請項目如有多項時，亦請同時打勾註明。
4. 疾病住院者，免填寫事故時間、事故地點、事故經過。
5. 為保障保戶權益，理賠支票一律抬頭、劃線且禁止背書轉讓。
6. 為儘快領到保險金，付款方式請儘量選擇匯款，並檢附存摺正面影本。

※申請各項保險金，除保險金理賠申請書以外，應檢附文件如下：

申請項目	檢附文件	對照說明
身故保險金	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保險單或其謄本。 2. 相驗屍體證明書。 3. 被保險人除戶戶籍謄本。 4. 受益人身分證明。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 遺失須由受益人填切結書。 2. 須為正本。
失能保險金	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保險單或其謄本。 2. 失能診斷書。 3. 受益人身分證明。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 遺失須由受益人填切結書。 2. 開立醫院必須是公立醫院或是經行政院衛生署評鑑等級為「醫學中心」、「準醫學中心」、「區域醫院」、「準區域醫院」、「地區教學醫院」之醫院。
重大疾病保險金	<ol style="list-style-type: none"> 1. 診斷書。 2. 病理組織報告或相關醫學檢驗報告。 3. 同意調閱病歷聲明書。 4. 請求提供資料申請書。 5. 受益人身分證明。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 開立醫院必須是公立醫院或是經行政院衛生署評鑑等級為「醫學中心」、「準醫學中心」、「區域醫院」、「準區域醫院」、「地區教學醫院」之醫院。 2. 須依申請重大疾病項目檢附相關資料。
癌症醫療保險金	<ol style="list-style-type: none"> 1. 診斷書。 2. 病理組織報告或相關醫學檢驗報告。 3. 同意調閱病歷聲明書。 4. 請求提供資料申請書。 5. 受益人身分證明。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 開立醫院必須是公立醫院或是經行政院衛生署評鑑等級為「醫學中心」、「準醫學中心」、「區域醫院」、「準區域醫院」、「地區教學醫院」之醫院。 2. 第一次申請癌症理賠時檢附，第二次以後免附。
傷害 / 疾病住院日額保險金	<ol style="list-style-type: none"> 1. 診斷書。 2. X光片 3. 受益人身分證明。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一般合格之醫院開立即可。 2. 申請骨折未住院且診斷書未載明骨折程度時須檢附；若在中醫診所治療骨折者，皆需檢附。
傷害 / 疾病住院醫療保險金	<ol style="list-style-type: none"> 1. 診斷書。 2. 收據正本。 3. 費用明細表。 4. X光片 5. 受益人身分證明。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一般合格之醫院、診所開立即可。 2. 投保時若有告知投保同業實支實付型商品，則可使用收據副本申請。 3. 收據若已分列細項，則可免附明細表。 4. 在中醫診所治療骨折者須檢附。