合作金庫人壽理賠申請書

CL10101

被保險人姓名：	身分證字號：	出生年月日：
保單號碼：		
＊事故時職業內容：	□本次申請如為續賠件請於此勾選	
申請種類	□醫療〔門診、住院、手術---等〕 □重大疾病 □豁免保費 □失能 □身故 □其他＿＿＿＿ ※理賠應備文件、申請注意事項請詳參第三頁之說明。	
＊事故日期：　年　月　日　時	＊事故之具體地點、經過及就醫情形：	
＊處理單位、人員之姓名及其電話：		
傷病名稱及就診醫院診所：		

【因意外傷害事故申請理賠者，就＊號標示之項目請務必逐一載明！】

付款方式：□ 支票（為避免遺失冒領，支票一律禁止背書轉讓）

□ 電匯；戶名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 請詳填下列資料（限受益人本人或其法定代理人之帳戶）

金融機構及分行名稱	金融機構及分行代碼	帳　號（郵局帳號請依局號-含檢號、帳號-含檢號之序）

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

依據個人資料保護法、保險法、保險法第一百七十七條之一第二項所定本人書面同意方式、業務範圍及其他應遵循事項管理辦法等規定，保險業於經當事人書面同意者，得蒐集、處理或利用當事人之病歷、醫療、健康檢查等個人資料。立書人(即被保險人)已詳閱並瞭解「合作金庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書」(詳次頁)所列內容，並同意貴公司於所告知及符合相關法令規範之範圍內，就本人之病歷、醫療、健康檢查等個人資料，得為蒐集、處理及利用(包括將資料轉送予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，本同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

（※以上同意書係受益人為被保險人本人時方適用）

本次若為身故理賠，為確認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，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。另，如本次申請應依約檢具之原保險單因故未能交回者，併此聲明原保單作廢。

茲依保單條款之約定提出申請，約定付款方式，同意貴公司因理賠審核之需得查詢保險業通報作業資訊系統與相關保險公司，爰簽章如下：

立　書　人：＿＿＿＿＿＿ 簽章　身分證字號：＿＿＿＿＿＿
（即受益人本人）

法定代理人：＿＿＿＿＿＿ 簽章　身分證字號：＿＿＿＿＿＿　與受益人之關係：＿＿＿＿

（立書人為未成年人 / 受監護/輔助宣告人時，法定代理人 / 監護人 / 輔助人請於此填寫）

聯絡地址：□□□ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿〔建議填寫，以方便接收本公司e化訊息〕

聯絡電話：＿＿＿＿＿＿＿＿（行動電話）＿＿＿＿＿＿＿＿〔填寫可享理賠簡訊通知服務！〕

中　華　民　國：　　年　　月　　日

送件單位及送件日期：	送件人姓名：	受理欄	
送件人登錄證號碼：	送件人電話：		

本公司地址：(104) 台北市南京東路二段 85、87 號 5 樓、電話：02-27726772、傳真：02-27726785、客服專線：0800-033-133

〔本申請書共三頁，**此為合併列印之第一頁請連同其他應備文件提出**〕

合作金庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書

合作金庫人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：
(一)人身保險(001)
(二)行銷(040)
(三)保戶、客戶管理與服務
(四)調查、統計與研究分析(157)
(五)金融服務業依法令規定及金融監理需要(包括但不限於執行洗錢防制作業及配合全球打擊恐怖份子調查等目的)，所為之蒐集處理及利用
(六)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)

二、蒐集之個人資料類別：
姓名、出生年月日、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等，其他詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源(經本公司間接取得之個人資料者適用)：
(一)要保人、被保險人或受益人。
(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、個人資料利用之期間、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：本公司及母公司(合作金庫金融控股股份有限公司、法商法國巴黎保險控股公司)、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、臺灣票據交換所、財金資訊股份有限公司中心、業務委外機構、與本公司有再保、共同行銷或合作推廣等業務往來之公司、海外急難救助公司及依法有調查權機關或金融監理機關。
(三)地區：上述對象所在之地區。
(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：書面、電子郵件、傳真、電子文件。

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時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供　台端相關服務或給付。

〔本申請書共三頁，**此為合併列印之第二頁供申請人知悉，毋須交回**〕

合庫人壽官網：

Claim11509

※申請理賠應備文件：

□ 身故保險金	1.理賠申請書　2.保險單　3.死亡證明書　4.除戶戶籍謄本 5.受益人身分證明 6.FATCA 及 CRS 個人資料聲明暨同意書
□ 失能保險金	1.理賠申請書　2.保險單　3.失能診斷書　4.受益人身分證明　5.若為意外事故，另須意外傷害事故證明文件　6.FATCA 及 CRS 個人資料聲明暨同意書
□ 實支實付醫療/門診保險金	1.理賠申請書　2.診斷證明書　3.醫療費用收據
□ 住院醫療日額保險金	1.理賠申請書　2.診斷證明書
□ 癌症保險金	1.理賠申請書　2.保險單　3.診斷證明書　4.相關檢驗報告或病理切片報告（初次申請或有手術者）5.受益人身分證明　6.FATCA 及 CRS 個人資料聲明暨同意書
□ 重大疾病保險金 ／豁免保費	1.理賠申請書　2.保險單　3.診斷證明書　4 相關檢驗報告、病理切片報告或外科手術證明文件 5.受益人身分證明　6.FATCA 及 CRS 個人資料聲明暨同意書
備註：以上理賠應備文件為原則性列舉供參，詳請依各該保單條款具體約定為準。若您有任何疑問，歡迎參閱合庫人壽官網(https://my.tcb-life.com.tw/)保戶服務之介紹或致電 0800-033-133 客服專線，我們將竭誠服務。	

※ 申請理賠注意事項：

1. 受益人為未滿七足歲或其他無行為能力人，由法定代理人代其簽名，及於法定代理人欄位簽名；受益人為七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，則由其本人簽名，並由法定代理人於法定代理人欄位簽名。
2. 受益人受監護宣告尚未撤銷者，應檢附已為監護宣告之法院裁定並由法定代理人代理申請。
3. 申請二年以內之死亡件、非意外引起之失能件、慢性病〔如：高血壓、糖尿病、肝硬化、子宮肌瘤、惡性腫瘤…〕等理賠件時，請檢附健保局「請求提供資料申請書」(簽名並蓋章）及身分證明文件。
4. 部分醫療院所就調閱就診記錄另有專用表格，因理賠作業需要時，本公司將另通知，請儘速補齊以維理賠權益。
5. 受益人身分證明，例如戶籍謄本；如受益人為外國人，可以護照或其他文件証明。
6. 保險事故發生於台澎金馬以外之海外地區者，中國大陸之事故證明文書應取得海基會之認證；其他海外地區之事故證明文書則應由我國台灣駐外機構認證。
7. 各式醫療診斷證明書及收據應以提出正本為原則，倘為影本須經原發證院所或機構加蓋印信註明與正本相符。
8. 因「骨折」申請理賠者，除檢附診斷證明書外，並請檢附 X 光片以確認骨折之具體程度及其部位。
9. 申領各項失能、喪失工作能力或豁免保費之保險金時，本公司得對被保險人的身體予以檢驗，其一切費用由本公司負擔。
10. 附加於主約之各類附約，非主契約要保人終止契約時，所附加附約之效力，請詳各該主、附約保單條款之約定。
11. 若保險契約遭法院強制執行，且受益人申請之保險金屬於強制執行法第 122 條第 2 項規定所稱「係維持債務人及其共同生活之親屬生活所必需者」，得依強制執行法第 12 條規定向法院聲請或聲明異議。
12. 本公司辦理理賠作業，將依被保險人實際接受之治療情形，參據醫學專業意見及評估是否為一般醫療常規行為，審核其醫療必要性。
13. 為符合身心障礙者權利公約精神，自 107 年 6 月 15 日起配合保險法之修正，修改保單部分用語，對照表列如下：〔您的保單權益完全不變，請放心！〕

原用詞	殘廢	死殘	全殘	腦中風後殘障	殘障	殘缺	殘扶	殘疾	傷殘	失能	精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者
新用詞	失能	死亡及失能	完全失能	腦中風後障礙	機能障礙	缺損	失能扶助	疾病失能	傷害失能	喪失工作能力	受監護宣告尚未撤銷者

〔本申請書共三頁，**此為合併列印之第三頁供申請人參考，毋須交回**〕

同意調查暨授權聲明書

CL21801

茲因向合作金庫人壽保險股份有限公司（下稱合庫人壽）申請保險給付之需要，由立書人以事故人〔姓名：＿＿＿＿＿＿ 生日：民國（以下同）＿＿ 年 ＿＿ 月 ＿＿日，身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿〕之 □ 本人 □ 受益人 □ 法定代理人 □ 監護人 □ 輔助人 □ 其他 ＿＿＿＿＿ ）身分，同意合庫人壽指派之人員向　貴醫院（診所）、警局（派出所）或相關單位索引、查詢（含配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之掛號行為）、調閱、抄錄、影印事故人之就診病歷或其他與本次理賠事故相關之資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立聲明書人同意委由合庫人壽人員代為填寫，並聲明：

立聲明書人同意並委託合庫人壽就本聲明書為影印使用；立聲明書人同意本聲明書之影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）或相關單位要求提供特定格式聲明書，立書人願意配合協助提供相關文件，特立此書存照。

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所）、相關單位或個人。

立聲明書人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿

法定代理人/監護人/輔助人 簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿　身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿

（事故人 / 身故受益人為未成年人或受監護宣告者或受輔助宣告者，請填寫並請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件）

聯絡地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

聯絡電話：（　　）－＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

中　華　民　國：＿＿＿＿＿＿ 年 ＿＿＿＿＿＿ 月 ＿＿＿＿＿＿ 日

※親愛的保戶您好：

一、本聲明書僅供調閱事故人病歷或查證事故情形經過之用，不另做其它用途，合庫人壽將本於誠信及保護您個人資料安全的最高原則下保管與使用。

二、建議您於申請理賠時一併於此簽名同意，以免本次申請事項如有調閱病歷或進一步查詢必要文件補全往返費時，謝謝協助，合庫人壽敬祝您平安喜樂！