

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|--|---|----------|-----------|----------|---|-------|-------|--|--|
| 要保單位 | (*)公司名稱 | | 廠區 | 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 | | | | | |
| | | | | | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它_____ | | | | |
| 員工資料 (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 | | | |
| | | | | | 年 | 月 | 日 | 1. _____ | | _____ | | |
| | | | | | | | 2. _____ | | _____ | | | |
| | | | | | | | 3. _____ | | _____ | | | |
| (*)員工住所地址 | 由服務人員或窗口填寫 | | | | | | | | | | | |
| (*)員工聯絡電話 | () | 分機 | 手機 | 電子郵件 | | | | | | | | |
| (*)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 | | | |
| 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 領取方式 (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(或監護人)之帳戶。(受益人為 <u>未成年人</u> 或 <u>受監護宣告人</u> 時, 得選擇匯款至法定代理人或監護人之帳戶, 並於本公司將款項匯入法定代理人或監護人帳戶時, 視為已對受益人給付。) | | | 匯撥請加填此欄 (如員工眷屬申請「醫療給付」, 可選擇匯撥至員工帳戶, 並須填下 方眷屬醫療保險金指定匯款同意書) | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之右列帳戶。 | | | 戶名 | 金融機構(分行) | | | (中文名稱) | | | | |
| | <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) | | | 帳號 | 行庫局號代號 | | | | | | | |
| | | | | 身分證字號 | | | | | | | | |
| 眷屬醫療保險金指定匯款同意書 | | | | | | | | | | | | |
| 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。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: _____ | | | | | | | | | | | | |
| (*) 受益人簽名: (親簽) (申請意外、疾病醫療、殘廢或重大疾病等保險金時, 受益人限事故者本人。) | | | | | | 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_____ | | | | |
| 法定代理人(監護人或輔助人): _____ (親簽) | | | | | | | | | | | | |
| 要保單位填寫欄 | | | 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; 並另填附件(一)。 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五千元者, 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: ◎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 ◎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最近3個月內戶籍證明 4. 個人資料保護法應告知事項: 國泰人壽係為評估理賠義務之履行、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。所蒐集之資料除了再保險業務或委外業務執行之需要, 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中心或利用國泰人壽免費客戶服務專線(0800-036599)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, 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, 國泰人壽將可能延後或無法辦理您的理賠申請。 5. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時, 如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者, 受益人得依強制執行法第12條規定, 向該執行機關聲請或聲明異議。 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。 | | | | | | | | | |
| 到職日: 年 月 日 | 事故日是否在職: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| 確認人: (職章) | (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) | | | | | | | | | | | | |
| (*)申請保險金類別(可複選) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 殘廢 <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、殘廢生活金) <input type="checkbox"/> 津貼(生育) | | | | | | | | | | | | |
| 送件人姓名 | | 單位代號 | 送件人 ID | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | | 市話:() | 分機 | 手機: | | 收件日期: | | 年 | 月 | 日 | | |



302002



00006

國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書附件（一）

團險專用

| 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（或監護人）之帳戶（受益人為 <u>未成年人</u> 或受監護宣告人時，得選擇匯款至法定代理人或監護人之帳戶，並於本公司將款項匯入法定代理人或監護人帳戶時，視為已對受益人給付。） <u>（請填下列帳戶資料）</u> <input type="checkbox"/> 匯撥至身故受益人帳戶 <u>（請填下列帳戶資料）</u> <input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票 <u>（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）</u> | | | | | |
| 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 | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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五千元者，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： ◎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 ◎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最近3個月內戶籍證明</p> <p>4. 個人資料保護法應告知事項：國泰人壽係為評估理賠義務之履行、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。所蒐集之資料除了再保險業務或委外業務執行的需要，會在我國境內被處理及利用外，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中心或利用國泰人壽免費客戶服務專線(0800-036599)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，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，國泰人壽將可能延後或無法辦理您的理賠申請。</p> <p>5. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時，如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者，受益人得依強制執行法第12條規定，向該執行機關申請或聲明異議。</p> <p>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。</p> | | | | | |
| 受益人： | (親自簽名) | (親自簽名) | (親自簽名) | | | |
| 法定代理人： (監護人) | (親自簽名) | (親自簽名) | (親自簽名) | | | |



302004



00005

個

同意查詢聲明書

茲因申請國泰人壽保險股份有限公司（下稱國泰人壽）保險給付之需要，由立同意書人以被保險人（姓名：_____，生日：_____年_____月_____日生，身分證字號：_____）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、內政部入出國及移民署或其他相關之單位或個人，協助國泰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、調閱抄錄或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疾病或先天性疾病者，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。

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

（本同意書同意由國泰人壽影印後使用，影印本與正本具同等效力）。

※下列欄位須立同意書人/法定代理人/監護或輔助人親自簽章

立同意書人簽章：_____ 蓋章 身分證字號：_____ 電話（或手機）號碼：_____

事故者白天易晤地址：_____ 電話（或手機）號碼：_____

法定代理人/
監護人或輔助人簽章：_____ 蓋章 身分證字號：_____

（立同意書人為未成年且未婚/為受監護或輔助宣告人者）

地址：_____ 電話（或手機）號碼：_____

相關法令摘要：

醫療法第 71 條：「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。」

行政院衛生署 96 年 3 月 27 日衛署醫字第 0960012310 號函：「…同意書之格式，醫療法並未限制，惟應具體載明委託意旨及範圍。爰無論係由醫療機構提供，或係保險公司自行製作之同意書格式，如符合前開之原則，均無不可。」

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日



300005



00004