

# 國泰世紀產物保險股份有限公司 傷害保險、健康保險暨旅遊綜合保險理賠申請

送件人： \_\_\_\_\_ 送件單位： \_\_\_\_\_ 連絡電話： \_\_\_\_\_

被保險人姓名		ID		住址	
行動電話 (必填)		生日		E-mail	
事故情形 (勾選)	事故時間	年 月 日 時 分		事故地點	
	申請險種 與 事故情形	意外： <input type="checkbox"/> 車禍 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 工作傷害 <input type="checkbox"/> 切割傷 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 重物落、壓擊 <input type="checkbox"/> 運動受傷 <input type="checkbox"/> 器械操作 <input type="checkbox"/> 動物及昆蟲咬傷 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
		疾病： <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
		旅遊不便： <input type="checkbox"/> 班機延誤 <input type="checkbox"/> 行李延誤 <input type="checkbox"/> 額外住宿 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
		其他： <input type="checkbox"/>			
		補充說明： (詳述經過)			

給付方式 (擇一)	<input type="checkbox"/> 禁背支票 <input type="checkbox"/> 取消禁背支票 ( <input type="checkbox"/> 七歲以下 <input type="checkbox"/> 外籍人士 <input type="checkbox"/> 帳戶凍結且需附切結書與證明文件)				
	<input type="checkbox"/> 現金 (依法扣除印花稅 0.4%，並需由受益人臨櫃親自領取)				
	<input type="checkbox"/>	戶名	行庫名稱	分行名稱	
	匯款	帳號			
	若未成年人無帳戶，需雙方法定代理人於下方法定代理人欄位簽名同意，方可匯入指定之法定代理人帳戶。				

聲明事項	1. 茲特聲明本人(受益人)所填上述資料，均為真實情形，否則自願放棄保險單之一切權利。 2. 被保險人(受益人)同意 貴公司於理賠目的及法令許可範圍內，蒐集、電腦處理及利用本人之個人資料，並將前開資料轉送中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險犯罪防治中心、關貿網路(股)公司及財團法人保險事業發展中心建立電腦連線資料。 3. 本人另聲明領取本案理賠款項時，未與銀行簽署任何保險金信託契約；若日後第三人主張有保險金信託契約之存在，因而產生理賠相關問題，概與貴公司無涉。 4. 個人資料保護法應告知事項：國泰世紀產物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，於我國境內供國泰世紀產物及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰世紀產物各服務中心或利用國泰世紀產物免費客戶服務專線(0800-036-599)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，惟國泰世紀產物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，國泰世紀產物將可能延後或無法辦理您的理賠申請。 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，須依法負民、刑事及其他相關法律責任。 6. 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。
------	--

受益人簽章：		經辦人員	
法定代理人親自簽章：		保單號碼	
本欄需由受益人親自簽章	申請日期： 年 月 日	賠案號碼	

<b>理賠文件收件簽認單</b>	理賠單位受理收件章
------------------	-----------

理賠文件確認 <input type="checkbox"/> 本件請款文件均已齊全無訛 <input type="checkbox"/> 本件案件尚缺文件 _____，待發文補件通知。	
---	--

<b>傷害險、健康險暨旅綜險賠案保戶收執聯</b>		保單號碼：	收件人員：
1. <input type="checkbox"/> 診斷書或住院證明 已收 份	2. <input type="checkbox"/> 醫療費用收據或明細 已收 張	3. <input type="checkbox"/> 存摺影本已收 份	4. <input type="checkbox"/> 受益人身分證明 已收 份
5. <input type="checkbox"/> X光片或斷層掃描 已收 份	6. <input type="checkbox"/> 相驗屍體證明書或死亡 診斷書已收 份	7. <input type="checkbox"/> 除戶戶籍謄本已收 份	8. <input type="checkbox"/> 航空公司出具之證明 已收 份
9. <input type="checkbox"/> 登機證正本(機票) 已收 份	10. <input type="checkbox"/> 登機證正本(機票) 已收 份	11. <input type="checkbox"/> 財物受損照片 已收 份	12. <input type="checkbox"/> 憲警處理證明 已收 份
13. <input type="checkbox"/> 其他：	理賠文件確認 <input type="checkbox"/> 本件請款文件均已齊全無訛 <input type="checkbox"/> 本件案件尚缺文件 _____，待發文補件通知。		

# 國泰世紀產物保險股份有限公司

## 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、處理及利用，除本公司「要(被)保人告知事項」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，將於辦理財產保險(093)、人身保險(001)業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全(批改)、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等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 台端相關財產保險(093)、人身保險(001)業務之申請及辦理。

立同意書人已瞭解上述說明，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

國泰世紀產物保險股份有限公司

立同意書人(被保險人)簽名：\_\_\_\_\_

立同意書人(受益人)簽 名：\_\_\_\_\_

法定代理人/輔助人簽 名：\_\_\_\_\_

日期：中華民國 年 月 日

# 同意查詢聲明書

茲因向\_\_\_\_\_（下稱：\_\_\_\_\_）申請保險給付投保商業保險之需要，立同意書人\_\_\_\_\_（與事故者關係：本人父母配偶子女其他\_\_\_\_\_）同意並委託國泰世紀產物保險股份有限公司指派之人員向 貴醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、產壽險公會、保險公司或其他相關單位，索引、查詢（包含以查詢為目的之醫療院所網路掛號系統、電話語音掛號系統之操作或配合醫療院所作業要求而以事故人明義所為之掛號行為）、問診、調閱抄錄，影印事故人\_\_\_\_\_（生日：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，身分證統一編號：\_\_\_\_\_）於\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日之至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止，因\_\_\_\_\_疾病就醫相關資料、醫療及健康檢查資料、投保資料或其他與本案事故相關資料（包含書面及電腦檔案）以為參證之用；恐口無憑，特立此書為證。


上述欄位如有空白，立同意書人委由\_\_\_\_\_產險人員代為填寫，並聲明：立同意書人同意委託\_\_\_\_\_產險就本同意書查詢暨授權聲明書為影印使用；立同意書人同意本查詢聲明書之影本與正本具同等效力且依前述內容辦理。

本授權書僅適用於本次查詢，如有其他需查詢內容得另外提供授權書。

此致 \_\_\_\_\_

（本聲明同意書由國泰世紀產物保險股份有限公司影印後填入並由相關單位收執）

※與正本相符，被保險人同意書如發生異議，一切由本公司負責完全法律責任。

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

事故者白天易晤地址：\_\_\_\_\_

法定代理人/  
監護人或輔助人簽章：\_\_\_\_\_  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：

1. 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。」
2. 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