



# 保險金申請書

保單號碼: \_\_\_\_\_

團體險  個人險

申請類別	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 意外傷害 <input type="checkbox"/> 癌症理賠 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 完全失能 <input type="checkbox"/> 失能扶助金 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 其他: _____			團體險	要保單位名稱
申請聲明	<input type="checkbox"/> 申請身故、完全失能、重大(特定)疾病案件: 因保單遺失, 受益人聲明保險單作廢				員工/成員姓名
被保險人姓名	身分證字號	出生年月日			
受益人住址	E-MAIL	@			
聯絡電話	服務機關	工作內容/職稱			

申	事故日期	就診身份: <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	事故類型: <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外
請	診斷病名/事故經過		手術名稱
事	<input type="checkbox"/> 工作中受傷, 詳細說明:		
由	辦案機關	承辦員警	警方電話

給付方式	<input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 指定郵寄地址: _____ (如未指定, 則以受益人住址為郵寄地址)	
	※本人同意上述保險金委由貴公司匯入本人下述帳戶, 若因本人提供之資料有誤造成誤匯時, 概由本人自行負責, 且視同保險金已給付。	
	<input type="checkbox"/> 匯款 (台幣保單) <input type="checkbox"/> 受益人帳戶 <input type="checkbox"/> 前次理賠帳戶 ※若帳戶資料不清無法匯入, 同意改開支票。 戶名: _____ 帳戶持有人身分證字號: _____ 銀行代碼: _____ _____ 銀行 (郵局) _____ 分行 (局號); 帳號: _____	<input type="checkbox"/> 匯款 (外幣保單) <input type="checkbox"/> 受益人帳戶 <input type="checkbox"/> 前次理賠帳戶 ※ 附件 <input type="checkbox"/> 存摺影本 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 英文姓名: _____ 銀行中文名稱: _____ 銀行英文名稱: _____ 銀行國別: _____ 銀行代碼 (SWIFT CODE): _____ 銀行帳號: _____

### 蒐集、處理及利用個人資料告知事項

元大人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法相關規定, 向 台端告知下列事項, 請 台端務必詳閱。本公司因辦理您的理賠申請與查證事故經過, 會需要蒐集、處理及利用您的個人資料(如姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷或醫療、健康檢查等), 該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定執行業務之期間內被處理或利用。您的個人資料除了基於海外急難救助服務、境外理賠申請文件轉送服務、再保險業務或委外業務執行的需要會在我國境外處理及利用外, 僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內供本公司及上傳產壽險公會建立查詢系統、本公司的委外廠商、保險事業發展中心、金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用, 若申請項目為身故保險金時, 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, 本公司將提供前開資料予衛生福利部死亡通報系統以進行資料比對。本公司保有您的個人資料時, 您可以透過本公司免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複製本。若您的個人資料有誤或記載不完全, 您可以書面通知補充或更正, 但依法您應為適當的理由說明; 若尚有其他疑義時, 您也可以書面通知本公司停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料。若您選擇不同意提供或是提供之個人資料不完全時, 本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業, 因此可能延遲或無法提供相關理賠給付。

### 蒐集、處理及利用病歷、醫療及健康檢查等個人資料同意事項

本人同意元大人壽保險股份有限公司基於人身保險業務需要, 得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法所規定範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務), 蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致 元大人壽保險股份有限公司

\*本人同意上述事項並委任送件業務員/保險代理人或保險經紀人(即受任人)全權代為處理理賠事宜。

受益人/被保險人: \_\_\_\_\_ 簽章 \_\_\_\_\_ 身分證字號: \_\_\_\_\_  
 法定代理人/監護人/輔助人: \_\_\_\_\_ 簽章 \_\_\_\_\_ 身分證字號: \_\_\_\_\_  
 (請檢附關係證明)

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

單位 受 理 章 保 經 保 代	單位/分行:	送件日期:	元 理 賠 受 理 欄 大 人 壽
	登錄證字號:	送件人行動電話:	
	送件人簽名:		