中國信託金控
台灣人壽

保險金申請書

掃描 QR code 看範例填寫

申請項目	☑一般醫療☐癌症醫療☐身故☐重大疾病☐重大燒燙傷☐失能☐其他：_____ ※原「殘廢」用詞，配合保險法部分條文修正，自 107 年 6 月 15 日起改為「失能」
保單號碼	（可填多張） 【申請團體保險者填寫】事故者與員工關係:☑本人☐配偶☐子女☐父母☐其他 員工姓名：蔡博翔　身分 ID：F125937353　員編：F0099
被保險人姓名	蔡博翔　身分 ID：F125937353　出生日期：72年4月16日　職業：作業員

※請詳述事故原因、發生地點、經過情形及曾經就診醫院診斷:
（請據實填寫，以免影響理賠權益）
上班時，在拆紙箱繩子時，不慎被美工刀割傷左大腿，到醫院時接受縫合手術共2針。

事故時間:113年6月19日☐上午☑下午3時30分
如係意外事故是否曾報警處理?☐是☑否
處理憲警單位:
員警姓名:　　電話:

付款方式

※提醒您：醫療保險金受益人為未成年人時，得以法定代理人為受款人，但如因此致本公司不利或損失，願負連帶返還保險金之責，絕無異議。（若法定代理人與要保人非同一人時，首次申請需檢附事故日後之戶籍謄本。）

☑匯款

戶名	行庫名稱	分支行庫名稱	帳號
蔡博翔	合作金庫銀行	雙和分行	5344872806813

☐匯款至前次理賠帳號　☐保險金信託(須檢附保險金信託帳戶資料)　☐設定為下期健康檢查金給付帳號
※提醒您：選擇匯款者，倘若戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得逕行改以禁背支票給付。

☐支票
☐交由服務人員親自遞送　☐郵寄至聯絡地址
☐未成年受益人以法定代理人為支票受款人

受益人/法定代理人聯絡資訊	市話：(　)	行動電話：0988313250　（必填）
E-mail：		聯絡地址：新北市中和區中正路464之1樓（必填）

蒐集、處理及利用個人資料告知

台灣人壽保險公司(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(間接蒐集者為個資法第九條第一項)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(００一)(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)
二、蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶、保單號碼、保險細節及病歷、醫療、健康檢查、及與事故經過相關的查證個人資料等(包含本件保險契約於申請本次理賠前「例如於投保或申請契約變更時」非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如本申請書及應備文件內容所載。
三、個人資料之來源：(一)要保人(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(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、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：以書面、電子郵件或傳真方式。
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，因此可能遲延或無法提供　台端相關服務或給付。

本人(身故保險金受益人)同意　貴公司將本次理賠申請所附之相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料比對，以確認內容正確性。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項

本人(被保險人)同意　貴公司於保險業務範圍內，得蒐集、處理及利用本人相關病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與　貴公司各項業務內所委託往來之第三人或有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。

☐申請身故件/完全失能保險金，因保單已遺失，立書人聲明保單作廢，無須補發。
☐為保留健康增值保險金，立書人同意本次不申請含有健康增值保險金之險種(如不勾選視為同意申請)。

立書人簽章：蔡博翔　（即受益人本人）
身分證字號：F125937353
法定代理人/監護人簽章：
身分證字號：　關係：

（受益人無法簽章請註明理由：7歲以上被保險人請親自簽名。受益人為未成年人或受監護宣告之人，請填寫法定代理人/監護人，並檢附關係證明。）

中　華　民　國　113 年　7 月　5 日

要保單位		送件單位： 職稱： 送件人姓名： 登錄證字號： 手機：	受理欄位	送件單位 受理日期	理賠單位 受理日期

2022.07 版