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

申請資料

申請項目：□個人險 ☑團體險 □旅平險 □其它＿＿＿＿（若未勾選，視為同意申請所有符合理賠要件且可理賠之保單）
□醫療 □身故 □癌症 □失能 □重大疾病/特定傷病 □重大燒燙傷 □豁免保費(含失能豁免)
□失能扶助/失能補助金/健康檢查金/婦女關懷保險金 □其它＿＿＿＿

申請聲明：□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 **此申請聲明團保不用勾選**
□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(未勾選視為同意申請)。

事故種類

☑非意外 □意外（□同前次事故 □新事故，事故發生日：＿＿年＿＿月＿＿日＿＿時＿＿分）

請詳述保險事故發生地點、原因、經過情形、事故時職業及工作內容：
（勾選意外者，請填寫，如有報案或證明文件等，請提供相關資料） 申請意外事故，請填寫意外日期/地點/經過

報案日：＿＿＿＿＿＿ 處理單位：＿＿＿＿＿＿
承辦警員：＿＿＿＿＿＿ 承辦警員電話：＿＿＿＿＿＿ **(若無報警本欄可以不用填寫)**

保單號碼：**保單號碼(不用填寫)** （家庭型保單、無記名保單請務必填寫保單號碼並勾選關係）

團體保險

要保單位：鈺緯科技 (公司名稱) 保險證號：＿＿＿＿＿＿ 員工編號：D0097
員工姓名：黃麗桂 員工身分證統一編號：W200160102

被保險人與要保人／主被保險人／與團體保險員工(成員)關係 ☑本人 □配偶 □子女 □父母 □其它＿＿＿＿

被保險人姓名	黃麗桂	身分證統一編號	W200160102	出生日期	52 年 5 月 17 日	行動電話	0912405701 (必填)

領取方式

※給付方式未勾選或填寫錯誤，本公司則以禁止背書轉讓支票給付，如匯款至信託，須檢附保險金信託帳戶資料。
※受益人為未成年人時，得選擇匯款至法定代理人之帳戶，並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時，視為已對受益人給付。
※法定代理人非要保人時，須檢附關係證明文件，取消禁背支票/劃線須檢附身分證及第二證件。

戶名：黃麗桂	受款人身分證統一編號：W200160102	金融機構名稱：合作金庫銀行	金融機構分行：雙和

006 － 5344 － 765146282
（銀行代號）（分行代號）（帳號由左而右填寫，不足位者請留空不用補 0）

□禁背支票（□請服務人員轉送 □郵寄至保單地址 □立書人臨櫃領取，＿＿＿＿（請填櫃檯）
□取消禁背支票 □取消劃線支票(限臨櫃親領、7 歲以下之受益人，須檢附支票變更申請書)

通知書

※即日起，理賠給付通知書將優先以簡訊發送通知，本公司將不另郵寄紙本，若需紙本可點選簡訊連結下載列印或申請補寄紙本。
簡訊未發送成功：□ 以您留存本公司之保單地址郵寄紙本理賠給付通知書。
□ 郵寄其它地址，於下方填寫(未勾選或未填寫地址視為同意本公司以您留存之保單地址郵寄理賠給付通知書)。
□□□ 新北 縣[✓ 市] 板橋 鄉鎮市[✓ 區] 村里 民族 [✓ 路]街 段 287 巷 弄 3 號 2 樓 之

蒐集、處理及利用個人資料告知

台灣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(間接蒐集者為個資法第九條第一項)規定，向您告知下列事項，請您詳閱：一、蒐集之目的：(一)人身保險(〇〇一)(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，您就本公司保有您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、您不提供個人資料所致權益之影響：您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您相關服務或給付。

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。

＊本人同意上述事項，並同意 貴公司得將理賠申請相關文件／資訊由送件人轉知予本人。
＊本人申領保險給付，已確認上列相關資料填寫完備正確。聯繫資料僅限本次理賠申請聯繫、通知使用。
＊本人為未成年人、受監護或輔助宣告之人時，應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽名(章)，並同意上述理賠申請告知暨注意事項及特種個資同意書之約定。

要保單位／送件單位／保經代通路受理章	請務必親自簽名	立書人(即被保險人)/受益人簽名：黃麗桂 **「被保險人(事故人)簽名」**	送件人通路 □業務員／代碼：	台灣人壽受理章
		法定代理人/監護人/輔助人簽名： **若被保險人(事故人)為子女且未滿18歲請員工務必簽名**	□保經代通訊處／代碼： 登錄證號碼：	
		申請日期：中華民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日	送件人親簽 電話：	送件人與立書人關係 □本人 □親友 □家屬 □其它＿＿＿

2025.02 版