

※請於事故後十日內提出申請，填寫本申請書時，請詳閱背頁應附文件表及注意事項。

保單號碼				團險要保單位：			
保單類別	<input type="checkbox"/> 個人保險 <input type="checkbox"/> 投資型保單 <input type="checkbox"/> 外幣保單 <input type="checkbox"/> 團體保險 <input type="checkbox"/> 旅行平安保險						
申請種類	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 完全失能 <input type="checkbox"/> 部份失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病或特定傷病 <input type="checkbox"/> 生命尊嚴提前給付 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 失能扶助 <input type="checkbox"/> 長期照顧 <input type="checkbox"/> 老年住院提前給付 <input type="checkbox"/> 婦女險 <input type="checkbox"/> 收入保障定期壽險 (<input type="checkbox"/> 一次給付 <input type="checkbox"/> 按月給付) <input type="checkbox"/> 其他：						
事故被保險人姓名	職業及職務	身分證字號(外籍人士投保資料之證照號碼)				出生日期	
						民國 年 月 日	
理賠申請人通訊地址： <input type="checkbox"/> 同保單住所地址 (理賠申請人通訊地址，僅供寄送本次理賠相關通知文件或聯繫申請人之用) <input type="checkbox"/> 縣/市 鄉/鎮/區/市 路/街 段 巷 弄 號 樓							
案件性質： <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 一般案件事故日： 年 月 日 身故案件身故日： 年 月 日 事故發生經過情形及全部就醫院所：				事故被保險人與主被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 申請身故/完全失能/重大疾病或特定傷病理賠，因保險單遺失，本人聲明保險單作廢。 理賠申請人：_____ (簽章)			

 本項理賠保險金，請依下列方式支付：匯款 支票 ※外幣保單不接受支票付款

 給付對象：受益人 (醫療保險金之受益人為被保險人) 受益人之法定代理人 (身分證字號：_____)

匯款帳戶受益人戶名(外幣保單請填英文戶名)：_____ SWIFT CODE：_____

_____銀行/郵局 _____分行/支局 帳號：_____

(可附存摺影本；若因帳戶資料有誤或其他因素致未能匯款時，本公司將以支票給付。)

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

全球人壽保險公司(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(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、蒐集目的：人身保險、其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
- 二、個人資料類別：(一)姓名 (二)身分證統一編號 (三)地址 (四)學歷、醫療、健康檢查。(五)其他因本契約業務需要之業務申請書或契約書內容。
- 三、個人資料之來源 (個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)
 (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、地區、對象、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：本公司、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險犯罪防制中心、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督機關 (三)地區：上述對象所在地區 (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：以書面方式行使上述權利(查詢 台端個人資料可另以本公司服務電話及網際網路方式)。
- 六、台端不提供個人資料所致權益之影響 (個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：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，因此可能延遲或無法提供 台端相關服務或給付。

同意聲明事項

- 一、本人同意全球人壽就處理進度、給付明細、拒絕給付或解除保險契約等相關事宜，得知會送件人，以利本人諮詢。
- 二、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，本人同意全球人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意貴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177條之1第2項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

理賠申請暨同意人簽章：_____ (非身故件為被保險人，身故件為身故受益人) 聯絡電話：_____ (填寫行動電話將提供簡訊通知)	<input type="checkbox"/> 同意E-mail通知，E-mail：_____ @ _____ ◎填寫E-mail將以電子郵件寄送保險金給付通知，不另郵寄紙本文件。 ◎理賠申請人已申請本公司電子化通知者，一律以最後提供於本公司之E-mail信箱進行通知；惟以上欄位填寫之E-mail為優先通知信箱。
法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ (理賠申請人為未成年、受監護或輔助宣告者請簽章並填寫以下資料) 身分證字號：_____ 生日：_____	

見證暨送件人(壽險規劃師)：_____ 規劃師登錄證號/執業證號：_____

營業處/經代代號：_____ 聯絡電話：_____ E-mail：_____



同意查詢暨授權聲明書

茲因向全球人壽保險股份有限公司(下稱全球人壽)申請理賠保險給付之需要，立授權書人(與被保險人關係：^{非身故件}本人/^{身故件}配偶子女父母法定繼承人)同意並委託全球人壽指派之人員或委託專業機構向貴醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司、諮詢醫師或相關單位，查詢、諮詢、索引(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、影印被保險人_____ (生日：____年__月__日，身分證號碼_____)自契約生效日：____年__月__日前五年起，至「本同意查詢暨授權聲明書簽章日」為止之就診且不限科別之相關就診病歷、或就診病名：_____及依據中央健康保險署提供之歷次就診記錄查詢之就醫詳情、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立授權書人同意委由全球人壽人員代為填寫，並聲明：「立授權書人同意並委託全球人壽就本同意查詢暨授權聲明書為影印使用，且本同意查詢暨授權聲明書之影本與正本具同等效力。」 特立此書存照

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、諮詢醫師或相關單位

立授權書人簽章：_____ 身分證號碼：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ 身分證號碼：_____

(立授權書人，若為未成年人或受監護宣告/輔助宣告者，請法定代理人/監護人/輔助人一併簽章，並請檢附身分證影本，以及戶口名簿、戶籍謄本、法院裁定等關係證明文件)

聯絡地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

註 1: 「同意查詢暨授權聲明書」為查詢醫療院所及相關單位所需，請於申請理賠時簽名及蓋章，若經評估本案需要查證而您未簽章同意，將會影響本次理賠辦理的進度。

註 2: 部分醫療院所，要求使用該院之特定制式表格，如需您再行補立同意書，將有專人通知您協助。

註 3: 身故案件，立授權書人須為被保險人之法定繼承人，並請檢附立授權書人之身分證影本，及與被保險人間具有利害關係證明之戶籍謄本/戶口名簿影本。

繼承系統表

被繼承人：	稱謂	姓名	出生日期	備註
(民國 年 月 日歿)				(繼承)
				(繼承)
配偶：				(繼承)
民國 年 月 日生				(繼承)
				(繼承)
				(繼承)

※茲聲明申請人係全體法定繼承人，且係依民法相關法規制定本系統表，如有遺漏或錯誤，致他人受損害者，申請人願負一切法律責任。

申請人 (全體法定繼承人)：

簽章

中華民國 年 月 日

授 權 書

立書人等為貴公司_____保險契約(保單號碼_____, 被保險人_____,
身分證字號_____, 民國_____年_____月_____日生)之全體法定繼承人受益人。今立書人
等授權委任受任人_____ (身分證字號_____)代為辦理保險金申領事宜, 並受領該
筆保險費退還保險金保單帳戶價值(貴公司若以支票/匯款給付, 則直接以受任人為受款人)。

立書人等並特此聲明保證:

- 一、嗣後若有他人為不同之主張, 立書人等將自負舉證責任, 若 貴公司或其他第三人因此受有損害, 立書人等願負一切法律上之責任, 並賠償 貴公司及該第三人之一切損失。
- 二、立書人等確認除立書人等外無任何其他法定繼承人, 日後立書人等與受任人間倘因上述保險金發生任何糾紛, 概與 貴公司無涉。

此 致

全球人壽保險股份有限公司

立書人:

姓 名	簽名及蓋章	法定代理人姓名	簽名及蓋章
身分證字號:		身分證字號:	
地 址/電話:		地 址/電話:	

姓 名	簽名及蓋章	法定代理人姓名	簽名及蓋章
身分證字號:		身分證字號:	
地 址/電話:		地 址/電話:	

姓 名	簽名及蓋章	法定代理人姓名	簽名及蓋章
身分證字號:		身分證字號:	
地 址/電話:		地 址/電話:	

姓 名	簽名及蓋章	法定代理人姓名	簽名及蓋章
身分證字號:		身分證字號:	
地 址/電話:		地 址/電話:	

受任人(受款人):

姓 名	簽名及蓋章	法定代理人姓名	簽名及蓋章
身分證字號:		身分證字號:	
地 址/電話:		地 址/電話:	

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

注意事項:一、每位立書人需檢附全戶戶籍謄本。

二、如立書人人數較多,欄位不敷使用,請依同樣格式再書寫一份附於後。

中華郵政 51、88、365、100、99 保險 理賠申請應備文件

(註：珍愛 99、駕責、車險、居家理賠申請書請來電索取)

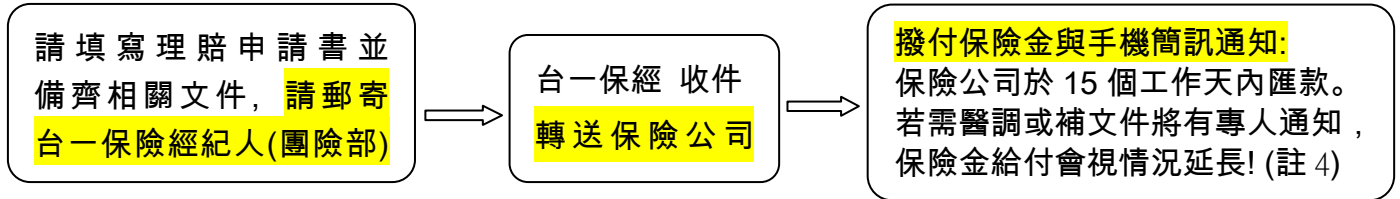
親愛的保戶您好：

申請理賠給付，請備齊下列文件，任何疑問請來電洽詢，我們竭誠為您服務，並祝早日康復、闔家安康、心想事成!!



台一保險經紀人(團險部) 電話:02-2970-5198 傳真:02-8192-4318
24143 新北市三重區重安街 132 號 6 樓之 1 post@taione.com.tw @taione

● 理賠申請流程



● 申請各項理賠需備文件：

申請項目	傷害醫療		傷病住院		癌症醫療	意外殘廢			意外身故			疾病身故	
	51	365	88	99	88、100	51	365	88	51	365	88	51 (限員工)	88
申請專案													
兆豐產物理賠申請書(*處為必填)(註1)	V					V			V				
旺旺友聯產物理賠申請書(*處為必填)		V					V			V			
華南產物理賠申請書(*處為必填)			V		V			V			V		V
國泰產物理賠申請書(*處為必填)				V									
全球人壽理賠申請書(*處為必填)(註1)								V	V (限員工)		V	V	V
台一保險經紀人履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書暨特種個資同意書	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
受益人之存摺影本(註2)	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
醫療診斷書正本或副本申請(註3)	V	V	V	V	V								
醫療費用收據正本或副本申請(註3、4) (實支實付型商品申請)(自費用藥請補用藥明細)	V	V											
X光片或斷層掃描正本(註5)	V	V	V										
癌症病理組織切片報告、癌症相關檢驗報告					V								
殘廢診斷書正本						V	V	V					
相驗屍體證明書或死亡診斷書									V	V	V	V	V
被保險人除戶籍謄本									V	V	V	V	V
受益人之戶籍謄本正本 (依身故保險金受益人順位給付)									V	V	V	V	V

註 1. 51 員工意外身故，需備兩份文件，分別送兆豐產物與全球人壽。

註 2. 保險金受益人說明：

(1) 殘廢、醫療、非身故之慰問金等保險金一律為被保險人本人(即事故者本人)。

(2) 身故保險金，依民法繼承篇之順位與比例給付。

註 3. 副本申請：影本需加蓋醫院章，與正本相符。

註 4. 申請意外醫療保險金時，若必要時，保險公司得要求提供意外傷害事故證明文件，或自費用藥明細單。

註 5. 骨折休養金申請須檢附，可申請電子檔。