

※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			
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"/> 同保單收費地址 <input type="checkbox"/> 縣/市    鄉/鎮/區/市    路/街    段    巷    弄    號    樓				
意外傷害說明	發生時間：_____年____月____日____午____時		事故被保險人與主被保險人關係：	
	地點：		<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。	
請詳述事故發生經過情形及全部就醫院所：				
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： <input type="checkbox"/> 受益人 (醫療保險金之受益人為被保險人) <input type="checkbox"/> 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)病歷、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，因此可能遲延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：_____	法定代理人/監護人/輔助人
(非身故件為被保險人，身故件為身故受益人)	(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)

聯絡電話：_____	簽章：_____
------------	----------

理賠申請人 E-mail：_____	身分證字號：_____ 生日：_____
(填寫行動電話及 E-mail 將提供理賠簡訊及電子郵件服務)	

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：<sup>非身故件</sup>本人/<sup>身故件</sup>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。

## (一) 理賠申請應備文件

申請項目 應備文件	身故保險金	失能保險金	失能扶助金	癌症醫療保險金	前給付保險金	生命(尊嚴)末期提	重大疾病或特定傷病	豁免保費	失蹤給付	住院醫療(實支實付)	住院醫療(日額)	傷害住院醫療(日額)	傷害醫療保險金	長期照顧或喪失工作能力保險金	重大燒燙傷保險金	職業災害保險金
理賠申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
同意查詢暨授權聲明書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
保險單	✓	✓			✓	✓			✓							
受益人生存身份證明	✓		✓						✓						✓	
被保險人除戶戶籍謄本	✓								✓							
相驗屍體證明書或死亡診斷書	✓															
失能診斷書		✓	✓													
醫療診斷書或住院、外科手術證明				✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	
據以診斷之病理、檢驗或專業評量表	✓			✓		✓	✓							✓		
依約應附之醫療費用收據或費用證明										✓			✓			
死亡宣告判決文件									✓							
X光片(骨折津貼加附)												✓	✓			
意外傷害事故證明文件、請假證明	✓	✓						✓	✓			✓	✓	✓	✓	
勞工保險給付收據影本																✓

## (二) 填寫理賠申請書應注意事項：

- 本申請書須詳填各項欄位並由理賠申請暨同意人簽名或蓋章，有關理賠申請暨同意人定義說明如下：
  - 申請醫療、重大疾病、失能或喪失工作能力保險金時，理賠申請暨同意人為事故人本人，但契約另有約定者不在此限。
  - 申請身故保險金時，理賠申請暨同意人為要保人指定之身故受益人。  
※受益人為未成年人，需附法定代理人之身份證明文件。未滿七歲者，應由法定代理人代為簽名或蓋章；未滿二十歲且未婚者，除本人簽名或蓋章外，並應由法定代理人簽名或蓋章。
  - 理賠申請暨同意人如受監護宣告或輔助宣告時，請附法院宣告文件，並由其監護人或輔助人協助申請理賠，惟受款人仍為受益人本人。
  - 理賠申請暨同意人為不識字、手部重傷、截肢或雙目失明致無法簽名者，可以手印代替，並由二位見證人同時於手印旁簽名。
- 申請身故理賠時，死亡證明文件之死亡原因若為「解剖鑑定中」，理賠申請暨同意人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 申請被保險人身故前之醫療保險金時，除保險契約條款另有約定外，理賠申請暨同意人應為被保險人之法定繼承人，另須檢附全部法定繼承人之繼承系統表、戶籍謄本或戶口名簿(現住人口省略記事)影本。
- 檢附之各式診斷證明書、證明文件應為正本，若為影本則須由原發證醫療院所或機關單位加蓋印章以資證明。如求診兩家以上醫療院所時，應分別檢具診斷書。
- 理賠申請暨同意人申請 92.11.01 前投保之無記名式家庭保險單理賠，須檢附全戶戶籍謄本、戶口名簿(現住人口省略記事)影本或主被保險人與事故人之身分證正反面影印本，以確認事故人為保險契約條款約定之家庭成員。
- 理賠申請人通訊地址，係為本公司寄送理賠相關通知文件或聯繫申請人之用，若要保人需申請變更保險契約的住所地址及電話，則須以書面通知本公司辦理。
- 理賠申請書、相關調查同意書可至全球人壽理賠服務網站(<http://www.transglobe.com.tw/transglobe-web/nat/service-claim>) 下載使用。
- 理賠申請暨同意人申領之保險金遭法院(或其他執行機關)扣押時，若為維持自己及共同生活親屬之生活所必需者，得依強制執行法第十二條規定，向法院(或其他執行機關)聲請或聲明異議，以維權益。
- 依本公司「**附約延續批註條款**」、「**長年期附約效力延續批註條款**」約定，經本公司指定之附約(詳各該批註條款之附表)，若其主契約因批註條款約定之情形而終止時，本公司將主動提供保戶附約效力之延續，要保人得繼續繳交附約續期保險費以延續附約之效力，若要保人不同意時，須向本公司提出書面申請終止該附約。
- 配合保險法修正，調整理賠申請書用詞，本次用詞異動無更動原商品實質給付內容及權利義務。
- 理賠申請書填寫完成後，可連同各項申請文件以掛號寄交本公司各地服務據點：
  - 台北：110 台北市市民大道六段 288 號 12 樓 (02)6639-9999
  - 桃園：320 桃園市中壢區健行路 169 號 5 樓 (03)260-7200
  - 台中：403 台中市西區台灣大道二段 307 號 1 樓 (04)3606-7500
  - 台南：704 台南市北區西門路三段 159 號 4 樓 (06)601-7600
  - 高雄：802 高雄市苓雅區中正二路 175 號 1 樓 (07)861-7900

# 龍辰保險代理人(股)公司暨台灣人財產保險代理人有限公司

## 履行個人資料保護法蒐集、處理及利用同意聲明書

立同意書人（即被保險人），本人已瞭解下述告知說明，並同意龍辰保險代理人(股)公司（下稱龍辰保代）暨台灣人財產保險代理人有限公司（下稱台灣人保代）就本人透過 貴公司辦理相關保險業務時於特定目的之必要範圍內為蒐集、處理及利用，以及將上開資料轉送與 貴公司所代理之保險公司辦理相關保險業務。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。

### 一、蒐集之目的：

（一）保險代理（二）人身保險（三）財產保險（四）犯罪預防、刑事偵查、執行（五）消費者、客戶管理及服務（六）問卷調查、統計與研究分析（七）保險監理（八）金融監督、管理與檢查（九）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（十）非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用（十一）依法令規定及金融監理需要、依法定義務、依契約、類似契約或其他法律關係事務等，所為之蒐集處理及利用。

### 二、蒐集之個人資料類別：

- （一）姓名、身分證統一編號、聯絡方式等予以填載，詳如相關業務申請書或契約書內容。
- （二）病歷、醫療、健康檢查。

### 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/被保險人。
- （二）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。
- （三）當事人之法定代理人、輔助人。
- （四）各醫療院所。
- （五）與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於龍辰保代暨台灣人保代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：龍辰保代暨台灣人保代、龍辰保代暨台灣人保代所代理之壽產險公司、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、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、關貿網路股份有限公司、衛生福利部中央健康保險署、業務委外機構、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3條規定，台端就龍辰保代暨台灣人保代及龍辰保代暨台灣人保代所代理之壽產險公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

- （一）得向龍辰保代暨台灣人保代行使之權利：
  - (1)查詢、請求閱覽或請求製給複製本。(2)請求補充或更正。(3)請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- （二）行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式。

### 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，龍辰保代暨台灣人保代將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能無法提供 台端相關服務或給付。

此致

龍辰保險代理人(股)公司 暨 台灣人財產保險代理人有限公司

立同意書人：\_\_\_\_\_（簽名） 法定代理人：\_\_\_\_\_（簽名）

身分證字號：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日