

理賠案號				收件日期	
基本資料	保單號碼：1. 要保人(團險請填要保單位)：中華郵政工會			理賠單位	
	2.				
	事故人姓名：	身份證字號：	出生日期： / /		
	聯絡電話：	行動電話：			
	事故人住址：				
	事故時職業：	E-MAIL：			

◎為確保您的權益，若您的通訊地址或電話有所變動時，請儘速洽本公司健康險部更正。

*配合保險法修正，殘廢用詞調整為失能，被保險人權益不受用詞調整影響。

◎申請項目：意外傷害(身故/失能 醫療 健康險 重大疾病 癌症險 旅綜險/不便險 個責險 其他：

保險事故詳填	診斷傷病名稱/事故經過	<input type="checkbox"/> 執行職務期間 <input type="checkbox"/> 非執行職務期間	就診日期：
	事故時間： 年 月 日	醫院/診所名稱：	
	事故地點：	就診身份： <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	
	事故經過：		

案件處理單位機關(分局/分隊/派出所)： 承辦警員： 警方電話：

◎是否尚有其他後續單據？否 是 ◎被保險人投保其他保險？ 否 是，其保險公司名稱：

保險金給付方式

匯款 **【請檢附存摺影本(醫療險受益人為被保險人本人)】**

本人同意上述保險金，委由 貴公司逕行匯入本人下述銀行帳戶(如事故當時本人尚未成年，本人及本人之法定代理人同意 貴公司將前述保險金匯入指定之法定代理人帳戶內)。***指定帳戶若為法定代理人請檢附身份證明文件。

戶名 _____ 銀行(郵局) _____ 分行(局號) _____ 帳號 _____

送件人單位： 送件人姓名： 手機： E-MAIL：

同意查詢聲明書

申請人因申請保險給付之需要，願配合下列事項：

- 授權華南保險股份有限公司逕向就診醫院診所、醫師及檢警單位請領、調閱事故人 _____ (出生日期：____年____月____日生，身分證字號：____) 之病歷摘要、檢查數據與報告及其他有助於本人申請保險金之所有紀錄資料。
- 「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(受益人)同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。」
- 如受益人未具配偶或親屬身分，由保險公司另設計具有前開文字內容之聲明書交由被保險人之配偶或親屬任一人簽署同意，以取得授權查詢之依據。

✓ **立同意書人簽章：** _____ (與事故人關係： _____)

◎華南保險係為保險契約理賠義務履行與否之目的，而蒐集您的個人資料，包括但不限於姓名、身分證字號及其他得以直接或間接方式識別您個人之資料。資料來源包括您、被保險人或受益人、司法警憲機關、為理賠相關作業所需委託往來及與理賠事件有涉的第三人。所蒐集的您的資料，除了再保險業務、或委外業務執行之需要，會在我國境外被處理及利用外，僅會於蒐集目的存續期間及依法令規定應為保存之期間，以合於法令規定之利用方式在我國境內，供華南保險及理賠相關作業需要之第三人處理及利用。您可以以書面或其他日後可供證明之方式就華南保險保有您的個人資料向華南保險查詢、請求閱覽或請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

本公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理或利用，除本公司「告知義務內容」所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理或利用，將於人身保險及財產保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台端不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料，本公司將可能無法提供 台端相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

◎立同意書人已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。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。 此致 華南產物保險股份有限公司

✓ **立同意書人簽名：** _____ **法定代理人 簽名：** _____

◎茲依保險單條款約定提出保險金申請，並確認及同意【保險金給付方式】及【同意查詢聲明書】內容，若 貴公司依本人前開指示，交付支票予本人或匯入本人指定之金融機構帳戶後， 貴公司即已履行保險金給付義務。如有誤選、誤寫等本人因素所致之誤失，均由本人自行負責，絕無異議。此致 華南產物保險股份有限公司。

✓ **事 故 人 / 受 益 人(即立同意書人) 簽章：** _____ **身 份 證 字 號：** _____

法 定 代 理 人 / 監 護 人(關係： _____) 簽 章： _____ **身 份 證 字 號：** _____

中華民國： 年 月 日

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

台一保險經紀人股份有限公司(下稱本公司)及本公司所經紀之保險公司依據個人資料保護法(以下稱個資法)第8條第1項(如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:(一)保險經紀。(二)人身保險。(三)財產保險。

(四)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

二、蒐集之個人資料類別:

- (一) 識別類: 1. 辨識個人者: 如姓名、職稱、住址、電話、電子郵件地址及其他任何可辨識資料本人者等。
2. 辨識財務者: 如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。
3. 政府資料中之辨識者: 如身分證統一編號、統一證號、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。
- (二) 特徵類: 1. 個人描述: 如年齡、性別、出生年月日等。2. 身體描述: 如身高、體重等。
3. 習慣: 如抽煙、喝酒等。

(三) 家庭情形: 如結婚有無、家庭成員之細節等。

(四) 社會情況: 如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等。

(五) 財務細節: 如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易記錄、票據信用、保險細節等。

(六) 健康與其他: 如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料等。

(七) 其他詳如要保書等相關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/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(分)公司、本公司所經紀之保險公司、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、財團法人保險犯罪防制中心、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、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、依法有調查權機關或金融監理機關及因原業務同仁離職而接續服務之同仁。

(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, 台端就本公司及本公司所經紀之保險公司保有 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(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作業, 因此將婉謝、延遲或無法提供台端相關服務。

要保人簽名: 中華郵政工會

法定代理人簽名: _____

請註明關係

✓被保險人簽名: _____

(若要保人、被保險人未滿20 足歲, 需其法定代理人一併簽章)

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定,關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用,除上列「告知說明書」所列告知事項外,就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用,將於保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料,本公司將可能無法提供台端相關保險業務之申請及辦理。立同意書人(即被保險人),已瞭解上述說明,並同意 本公司於符合相關法令規範範圍內,得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料,以及將上開資料轉送業務相關之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。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。

此致 台一保險經紀人股份有限公司

✓立同意書人(即被保險人)簽名: _____

眷屬被保險人

配偶簽名: _____

子女簽名: _____

父母簽名: _____

法定代理人簽名: _____

請註明關係

(若要保人、被保險人未滿20 足歲, 需其法定代理人一併簽章)

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

註: 1. 本公司履行上開告知義務,不限書面或取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力。

2. 本公司應採下列方式之一保全履行告知義務之證明:

(1) 電話行銷之電話錄音檔。

(2) 當事人表明已受告知之書面文件,或註明當事人已收受告知書之保單、契約變更或理賠等簽收回條。

(3) 將告知書內容與要保書或保險契約相關申請文件合併列印。

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

● 理賠申請流程



● 申請各項理賠需備文件：

申請專案	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	
華南產物理賠申請書(*處為必填)	V	V		V	V	V	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	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
受益人之存摺影本(註 2)	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								
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											
X 光片或斷層掃描正本(註 5)	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						
相驗屍體證明書或死亡診斷書							V	V	V	V	V	V
被保險人除戶戶籍謄本							V	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	V

註 1. 51 員工意外身故，需備兩份文件，分別送華南產物與全球人壽。

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。