

臺灣公路工會 100 專案保險 理賠申請應備文件

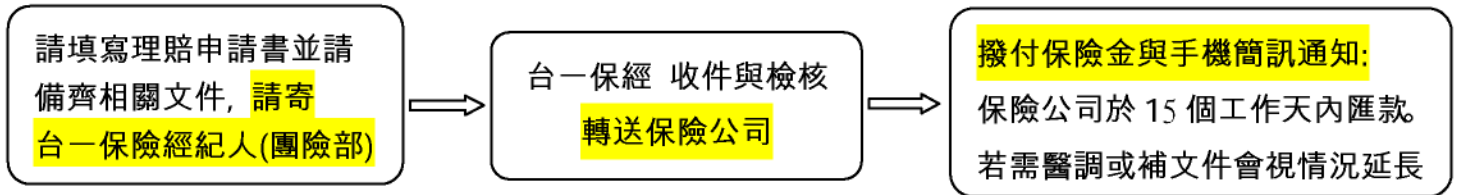
親愛的保戶您好:

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



● 應備文件

一、說明:保險金受益人:

- 1、癌症醫療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。

二、申請癌症醫療,需備文件:

- 1、理賠申請書(螢光筆處為必填)。
- 2、受益人之存摺影本。
- 3、醫療診斷書正本(或影本需加蓋醫院院章)。
- 4、請提供病理組織切片報告
- 5、保險公司受理審核後,若需要補充其他資料將有專人通知,煩請您配合,謝謝!

三、申請癌症身故,需備文件:

- 1、理賠申請書(螢光筆處為必填)
- 2、受益人之存摺影本(依身故保險金受益人順位給付)
- 3、相驗屍體證明書或死亡診斷書。
- 4、請提供病理組織切片報告
- 5、被保險人除戶戶籍謄本。
- 6、受益人之戶籍謄本正本。(依身故保險金受益人順位給付)
- 7、保險公司受理審核後,若需要補充其他資料將有專人通知,煩請您配合,謝謝!

健康傷害保險金申請書

敬請於保險事故日起五日內提出申請，並儘速備齊相關文件，申請各項保險金所需檢附文件及注意事項，請詳閱背面說明

報備件 一般新申請件 續賠件 暫借件 小額櫃檯件

檔案編號：

賠案號碼 (由保險公司填寫)	保單號碼	申請項目	
		<input type="checkbox"/> 傷害險	<input type="checkbox"/> 健康險
		<input type="checkbox"/> 旅行平安險	<input type="checkbox"/>

要保人(團體險請填要保單位名稱) **臺灣公路工會**

* 聯絡人姓名	* 聯絡人電話	聯絡人 E-MAIL
* 事故人姓名	* 出生日期	* 事故人身分證字號
* 事故人電話	* 事故人手機	事故人聯絡 E-MAIL
服務機關	職位	工作內容
* 受益人住址	受益人聯絡電話 ()	
受益人 E-MAIL	受益人聯絡手機	

* 事故原因(病名)：	* 事故時間： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分
<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 其他	* 事故地點：
請詳述事故發生經過、何時發生、送醫情形及診斷 (如有媒體報導請提供剪報)	事故處理單位： 分局 派出所 地檢署
	員警姓名 員警電話
	駕乘車號： 就診身份： <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費
	入院/出院： 年 月 日至 年 月 日
	門診期間：自 年 月 日起共 次
	手術名稱：
	醫院/診所名稱：

過去是否曾因此(或類似)病症接受治療?倘是,請一併填妥下列資料: 是 否

醫院名稱、地址、電話	病歷號碼	病因	醫師姓名	起迄日期

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

支票

電匯【若帳戶資料不清無法匯出,同意改開立支票】

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,若因本人提供之資料有誤造成誤匯時,概由本人自行負責,且視同保險金已給付,絕無異議。

* 【敬請檢附身分證證明文件及存摺面頁影本,以便檢核憑辦】

銀行(郵局) 分行(局號) 戶名 帳號

特種個人資料蒐集、處理及利用同意書

泰安產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)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之蒐集、處理及利用,除本公司「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」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、處理及利用,將於人身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,本公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範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 台端相關理賠之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)已瞭解上述說明,並同意 貴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 泰安產物保險股份有限公司

* 立同意書人(即被保險人) (簽章)

* 法定代理人/監護人/輔助人: (簽章)

告知事項及申請簽名欄

本公司僅會蒐集因上述事項與事故經過相關的查證等業務所必要之個人資料,該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定執行業務之期間內被處理或利用。您的個人資料除了基於海外急難救助服務、境外理賠申請文件轉送服務、再保險業務或委外業務執行的需要會在我國境外處理及利用外,僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內供本公司及上傳產壽險公會建立查詢系統、本公司的委外廠商、保險事業發展中心、金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用,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,本公司將提供前開資料予衛生福利部死亡通報系統以進行資料比對。本公司保有您的個人資料時,您可以至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複製本。若您的個人資料有誤或記載不完全,您可以書面通知補充或更正,但依法您應為適當的理由說明;若尚有其他疑義時,您也可以書面通知本公司停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料。

* 事故人/受益人簽章 (簽章) 身分證字號:

* 法定代理人(關係)簽章: 身分證字號:

註:受益人為未成年(未滿20足歲)者申請理賠時需經法定代理人同意並簽章。 申請日期: 年 月 日

通路代收章:	通路名稱/經辦簽名/日期:	營業同仁簽名/員編/日期:	直屬主管簽名/員編/日期:
		理賠人員簽收/員編/日期:	受理日期:

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、電子郵遞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: _____ 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。