

保單號碼		個險 V 團險 T125017949		要保人 (團體保險請加蓋單位章)		中華民國醫師公會 全國聯合會	
事故人/被保險人 姓名		王大仁		事故人/被保險人 身分證字號		B123456789	
				投保員工 身分證字號		65 / 3 / 5	
				投保員工 出生日期		65 / 3 / 5	
				與被保險 人關係		本人	
※ 申請團體保險理賠請一併填寫以下欄位							
投保 員工姓名		王大仁		投保員工 身分證字號		B123456789	
				投保員工 出生日期		65 / 3 / 5	
				與被保險 人關係		本人	
申請項目		☐ 身故 ☒ 失能 ☐ 醫療 ☐ 豁免保費 ☐ 重大疾病 ☐ 特定傷病 ☐ 重大燒燙傷 ☐ 長期照護 ☐ 教育年金 ☐ 其他					
		※ 理賠申請所需文件及相關注意事項，敬請參閱背面說明。					
意外事故 詳情說明		事故日期 112/ 7 / 1 事故時職業 醫師 事故地點 台北市長春路敦化北路口 報案日期 112/ 7 / 1 是否報案 ☐ 無 ☒ 有 承辦員警 林警官 報案警局 敦北派出所 聯絡電話 02-5588999 事故經過說明 112/7/1要去上班時，行經敦化北路，被闖紅燈之車輛撞傷，由路人協助報警並送往長庚醫院急診。治療後不幸左手失能。 若為意外事故之申請案件，請填寫事故經過及處理單位					
保險金 給付方式		☐ 匯款：帳戶係 ☒ 受益人 ☐ 受益人之法定代理人/監護人/輔助人所有 ☐ 同前次理賠申請帳戶 戶名： 王大仁 帳號請參照存摺，由左至右填寫(含科目、檢查碼)或提供存摺影本 中國信託 銀行/農漁會/信用合作社/郵局 敦北 分行(請參照存摺) 0 0 5 4 8 9 6 6 1 1 1 1 1 各項保險金之受益人可能不同，請參考背面申請注意事項填寫 使用匯款便利安全！請選擇匯款方式領取保險金！					
送件單位		※ 個人資料保護、美國「外國帳戶稅收遵從法案(FATCA)」及臺灣「金融機構執行共同申報及盡職調查作業辦法」聲明暨同意事項※ ◎ 本人(受益人/事故人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療紀錄及病歷個人資料。 ◎ 本人(受益人/事故人)同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。 ◎ 本人(受益人/事故人)聲明已收受、審閱、知悉並瞭解「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」之全部內容(如理賠申請書第二頁所示)。 ◎ 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(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。 ◎ 本人聲明並確認本申請書資料填寫正確無誤，並同意 貴公司依上述指定方式匯款或交付支票後，即視為已履行保險金給付義務。若有因匯款帳戶填寫錯誤、變更、撤銷等原因致貴公司無法順利付款，遲延責任概由本人負擔，與 貴公司無涉。 ◎ 本人聲明已知悉給付具有保單現金價值且非屬排除帳戶，應遵循美國「外國帳戶稅收遵從法案(FATCA)」及臺灣「金融機構執行共同申報及盡職調查作業辦法」之規定，配合 貴公司通知填寫「FATCA及CRS客戶自我聲明書暨個人資料同意書」。 □ 本人欲申領身故/完全失能保險金，如保險單已遺失(或毀損)，故聲明作廢，日後如該保險單遭他人冒用或其他原因損及 貴公司權益，或涉及金錢、法律及其他糾紛時，概由本人負全部責任。(同意者請勾選，未勾選者視為不同意)					
中國人壽受理欄		受益人/事故人 簽章： 王大仁 身分證字號： B123456789 法定代理人/監護人/輔助人 簽章： 身分證字號： (受益人為未成年人、受監護或輔助宣告時，應由法定代理人/監護人/輔助人簽章) 理賠聯絡地址： 02-12XX5789 台北市中山區中山北路1XX號X樓 聯絡電話： 09XX001111 行動電話： ※請填寫行動電話者，本公司於理賠受理及結案時將以簡訊通知。 ※為確保您的權益，上開欄位請務必詳填完整。 ※如受益人不只一人時，均須簽名並註明身分證字號、聯絡地址。 中華民國 112 年 8 月 1 日					
理賠號碼 (本欄位由櫃檯受理人員填寫)							

※本申請書所填寫之個人資料及聯絡方式僅供本次理賠申請使用，各項保單基本資料如需異動請另行向本公司提出申請。



中國人壽保險股份有限公司

同 意 書

茲因向中國人壽保險股份有限公司（下稱中國人壽）☒申請保險給付☐投保商業保險之需要，立同意書人（與被保險人關係：☒本人☐受益人☐法定代理人☐監護人☐輔助人☐其他_____）同意並委託中國人壽之職員向 貴醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位，索引查詢（包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音或配合醫療院所作業所為之行為）、調閱、抄錄、影印被保險人 **王大仁**（生日：**65年3月5日**

身分證號碼：**B123456789**）本次申請傷病（_____（病名））不限年期及自契約

生效日：____年____月____日前五年內迄本同意書“簽章日”為止之就診且不限科別之相關病歷以及依據健保局提供之歷次就診紀錄查詢之就醫詳情、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，立同意書人同意委由中國人壽職員代為填寫，並聲明：「立同意書人同意並委託中國人壽就本同意書為影印使用且本同意書之影本與正本具同等效力。」

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位

各欄位請務必填寫
並簽名及蓋章

立同意書人簽章：____**王大仁**____身分證號碼：**B123456789**____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：____身分證號碼：____

（為因應各機關、單位之需求，請「簽名」加「蓋章」，以免後續再行照會補附文件。如立同意書人為未滿七歲之未成年人或受監護宣告者，應由其法定代理人或監護人代為簽章，若為七歲以上未滿十八歲之未成年人或受輔助宣告者，除本人簽章外，並須由其法定代理人或輔助人簽章）

聯絡地址：**1104** **台北市中山區中山北路1XX號X樓**

聯絡電話：（**02**）**12XX5789** 行動電話：**09XX001111**

中 華 民 國 **112** 年 **8** 月 **1** 日

附註：

1. 醫療法第71條規定：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔。」
2. 衛生署96年3月27日衛署醫字第0960012310號函釋，調閱病歷同意書規格不拘，醫療機構或保險公司提供與病患填寫使用者，均無不可。
3. 中華民國醫師公會全國聯合會96年9月13日(96)全醫聯字第1716號函釋，調閱病歷如使用影本，可加蓋與正本相同圖章後使用。