



申請項目	<input type="checkbox"/> 疾病醫療 <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 意外醫療 <input type="checkbox"/> 疾病身故 <input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 疾病失能 <input type="checkbox"/> 意外失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 <input type="checkbox"/> 特定腦神經退化性疾病(DMA) <input type="checkbox"/> 失能安養扶助/長期照顧/生活扶助 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 職業災害 <input type="checkbox"/> 收據給付差額證明 <input type="checkbox"/> 附約延續(請同時檢附「附約延續申請暨約定書」) <input type="checkbox"/> 其他 _____							
	基本資料	保單號碼			事故人			
		團險請加填保險證號(保單號碼#保險證號)				要保單位		
		身分證字號			出生日期		/ /	
電子信箱	同意以此電子郵件信箱傳送保險金理賠通知書		聯絡電話 行動電話	同意以此行動電話傳送理賠的簡訊通知				
	聯絡地址	同意本次理賠以該聯絡地址寄送保險金理賠通知書						
保險事故	事故日期	年 月 日		事故發生經過詳情：				
	事故時間	□上午 □下午 時 分						
	是否報案	□是 □否	報案日期	年 月 日	承辦警員			
	處理單位	縣/市	分局	派出所	聯絡電話			
	事故時職業	事故時工作內容						
給付方式	方式	<input type="checkbox"/> 匯款 (請填下列匯款資料) : <input type="checkbox"/> 匯入前次理賠帳號 <input type="checkbox"/> 匯款至法定代理人帳戶 <input type="checkbox"/> 保險金信託(檢附信託資料) <input type="checkbox"/> 支票 : <input type="checkbox"/> 由業務員轉交 <input type="checkbox"/> 寄保單收費地址 <input type="checkbox"/> 寄本次理賠申請之聯絡地址						
	匯款資料	匯款戶名 :	<input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> 金融機構 _____ 銀行/農漁會/合作社 _____ 分行/分部/分社					
	匯款帳號	郵局匯款者，煩先填寫局號再填寫帳號						

**壽險業履行個人資料保護法告知義務內容暨同意書**

宏泰人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第八條第一項、第九條第一項及第六條第二項規定，向您告知下列事項，請您詳閱：一、蒐集之目的：(一)人身保險(00一)。(二)契約、類似契約或其他法律關係事務(0六九)。(三)消費者、客戶管理與服務(0九0)。(四)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。二、蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、及與事故經過相關的查證個人資料等(包含本件保險契約於申請本次理賠前「例如於投保或申請契約變更時」非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如本申請書及應備文件內容所載。三、個人資料之來源：(一)要保人。(二)您或您的法定代理人、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、對象、地區、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、要保單位、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、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、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，您就本公司保有您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.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：書面。六、您不提供個人資料所致權益之影響：若您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您相關服務或給付。

**本人同意 貴公司基於客戶服務、理賠、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司依主管機關要求之辦理事項及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用等需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二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核保或理賠業務)、蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。**

**聲明事項**

- 申請身故、失能、重大疾病或特定傷病等案件理賠，因保險單遺失，本人聲明保險單作廢，無須補發。
- 被保險人於本公司投保之所有有效保險契約，均視為已依本申請書提出理賠申請，其給付與否將依各保險契約條款約定辦理。
- 本申請書如委由「業務員/保險代理人或保險經紀人」辦理，本人同意委任「送件業務員/保險代理人或保險經紀人」(即受任人)全權代為處理理賠申請事宜，並同意 貴公司將理賠申請相關文件/資訊由受任人轉知予本人。
- 本人聲明對於美國「外國帳戶稅收遵從法案 (FATCA)」及我國「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(以下簡稱 CRS)」身分確認應告知事項已據實告知，如有違反願負相關法律責任，若日後有美國或其他國家之稅務居民身分狀態變更之情事應於變更後 30 日內主動通知 貴公司。
- 未成年之保險金受益人，指定匯款至法定代理人帳戶，並於貴公司將款項匯入法定代理人帳戶時，視為已對受益人給付；如有爭議，概由本人負責。
- 本人(事故人/受益人)聲明並確認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，不提供各項契約變更內容之用，各項保單基本資料如需異動，會另向 貴公司相關部門提出申請。
- 本人(事故人/受益人)聲明並確認保險金給付方式正確無誤，並同意 貴公司依上述指定方式給付後，即已履行保險金給付義務。若有因無法匯款、匯款錯誤、支票無法遞送等原因致 貴公司無法順利付款，遲延責任由本人負擔。
- 本人(事故人/受益人)聲明並同意為確保死亡診斷書或相驗屍體證明書內容之正確性，授權 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統進行查詢比對。

**理賠申請暨授權同意調查聲明書**

茲因申請宏泰人壽保險股份有限公司(下稱宏泰人壽)保險給付之需要，由立同意書人以事故者(姓名：\_\_\_\_\_，生日：\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_，身分證字號：\_\_\_\_\_ )之本人父母配偶子女繼承人(關係：\_\_\_\_\_ )之身分，同意以下授權事項：

**授權 貴醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位，協助宏泰人壽指派之人員索引、查詢(包含以查詢為目的之醫療院所網路掛號系統、電話語音掛號系統之操作或配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之掛號行為)、問診、調閱抄錄或影印所有就診病歷、或其他與本案事故相關資料(包含書面及電腦檔案)，以為參證之用。恐口說無憑，特立此書為證。(上述欄位如有空白，立聲明書人同意委由宏泰人壽人員代為填寫，並聲明同意本同意書可由宏泰人壽影印後使用，影印本與正本具同等效力。)**

事故人/受益人簽名：\_\_\_\_\_ 中文 (申請外幣保單，請填寫英文姓名)

法定代理人/監護人/輔助人簽名：\_\_\_\_\_ (受益人為未成年人或受監護宣告者或受輔助宣告者，請填寫；倘法定代理人非要保人請另檢附關係證明文件)

收件單位受理欄	理賠單位受理欄
---------	---------

業務員填寫欄	業務員/保險代理人/保險經紀人(受任人簽名)	保經代簽署章	登錄證號碼	其他送件方式 <input type="checkbox"/> e 化通(限直營) <input type="checkbox"/> 自行郵寄 <input type="checkbox"/> 本人臨櫃 <input type="checkbox"/> 親友臨櫃代送(原因_____)
	單位代號/名稱		聯絡電話/行動電話	申請日期 / /

