

申請資料	被保險人	身分證字號	出生日期	年	月	日
	申請項目： <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 生命末期提前給付 <input type="checkbox"/> 收據差額證明 <input type="checkbox"/> 其他 ※申請身故或完全失能等保險金而契約終止時，如保險單已遺失，受益人聲明於申請前述保險金之日起作廢。 ※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。					
意外事故	發生時間	年	月	日	時	發生地點
	請勾選發生原因並詳述經過	<input type="checkbox"/> 車禍 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 高處墜落 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 他殺/他傷 <input type="checkbox"/> 工作受傷 <input type="checkbox"/> 其他：				
	處理單位	分局/派出所	處理員警	聯絡電話		
匯款資料	※下述帳戶確為受益人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯或退匯時，概由受益人自行負責。 ※醫療保險金之受益人未滿 20 歲之未成年人，受款人改為法定代理人或監護人(如非屬要保人時，需另檢附關係證明文件)，並於公司將款項匯入法定代理人帳戶時，視為受益人已承認對其為給付。					
	匯款至 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人/監護人(身故/失能案件不適用) 前次理賠申請帳戶					
	戶名(外幣保單請填寫英文名)		若有多位受益人，欄位不敷填寫，可改提供每位受益人之存摺封面影本			
	<input type="checkbox"/> 渣打銀行 /	銀行	分行	<input type="checkbox"/> 郵局	帳號	郵局帳號請先填寫局號再填帳號
通知方式	照會/理賠審核給付通知書採以下列方式擇一送達，若多項勾選或未勾選，即以簡訊通知。 <input type="checkbox"/> 簡訊通知至本申請書內您所填的「行動電話」 <input type="checkbox"/> E-Mail 通知至本申請書內您所填的「E-Mail」 <input type="checkbox"/> 郵寄「書面紙本」至本申請書內您所填的「聯絡地址」(未填寫，逕自寄送保單通訊地址) 溫馨提醒： 1.若選用簡訊通知，即享優先處理與即時理賠通知。 2.選擇E-Mail、郵寄「書面紙本」通知者，將不會收到理賠受理與結案簡訊通知。					
同意事項	病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書 被保險人同意 貴公司得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，就被保險人個人病歷、醫療及健康檢查等資料進行蒐集、處理及利用，並於確定或履行 貴公司與被保險人間之保險契約義務特定目的之必要範圍內為之(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)。					
聲明事項	1. 受益人茲委任「送件業務員/保險經紀人/保險代理人」(即受任人)代為處理本件理賠申請事宜，受益人同意 貴公司將本件理賠結果內容通知受任人，並將理賠申請相關文件交付予受任人，由其代為轉交。 2. 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，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。 3. <input type="checkbox"/> 受益人瞭解且同意 貴公司得將本件理賠相關資料提供予本係保險契約之原招攬保險經紀人(指個人執業經紀人或經紀人公司)，並同意於其營業目的或其他法令許可之範圍內蒐集、處理及利用本人之個人資料。(未勾選視同不同意)					
簽章欄與聯絡資料	被保險人/受益人：_____【請簽章】 法定代理人/監護人/輔助人：_____【請簽章】					
	法定代理人/監護人/輔助人身分證字號：_____ 出生日期：_____ 國籍：_____ 性別：_____					
	聯絡地址：(郵遞區號 _____)					
	連絡電話：_____ 行動電話：_____ E-Mail：_____					
業務填寫欄	要保單位(團體險)	業務員所屬單位	業務員/保險代理人/保險經紀人		受理欄【本公司使用】	
	請蓋章	請蓋章	簽名：	登錄證號碼：	行動電話：	理賠號碼：



※填寫完成後，請連同應檢附文件掛號郵寄至

(407602)台中市西屯區臺灣大道三段 658 號 14 樓保誠人壽保單服務_文件作業收

※理賠服務專線：0809-0809-68#5

(109 年 12 月版)

忠倫保險經紀人股份有限公司
個人資料及病歷醫療健檢蒐集處理利用同意書

忠倫保險經紀人股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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，敬請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

- （一）保險經紀業務
- （二）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）姓名
- （二）身分證統一編號
- （三）地址
- （四）要保書、要保文件等其他基於保險契約所提供之個人資料

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：本公司及與本公司簽訂合作推廣契約之保險業者、因辦理保險業務需要之第三方、保險相關公會、財團法人金融消費評議中心、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：以書面之方式行使權利。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

本公司基於健全保險經紀人業務與保戶服務， 台端若未能提供相關個人資料時，本公司將無法提供完善服務。

履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱使無簽署亦不影響告知效力。

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，除上述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、理賠、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。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，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），本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。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 忠倫保險經紀人股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

中 華 民 國 年 月 日