

公司網址 <http://www.firstins.com.tw>

24 小時服務專線：0800-288068

111.04 版

申請類別	<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 續賠件/賠案號碼：		賠案號碼	保單號碼	
申請項目	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 實支實付醫療 <input type="checkbox"/> 住院日額 <input type="checkbox"/> 疫苗險 <input type="checkbox"/> 其他_____				
基本資料	被保險人	身分證號碼		出生日期	
	通訊地址	事故時工作內容			
	行動電話	連絡電話	e-mail		
	※填寫行動電話，本公司將作為發出理賠簡訊服務之用。				
事故說明	事故時間	年 月 日 時 分	事故地點		
	事故經過	請詳實敘述，以免影響權益：			
	處理單位	分局/派出所	員警姓名	連絡電話	
	初診醫院/診所名稱	自費用藥		<input type="checkbox"/> 有 (請提供自費用藥藥用明細) <input type="checkbox"/> 無	
保險金給付方式	<input type="checkbox"/> 匯款 (請檢附存摺影本)		<input type="checkbox"/> 支票 (禁止背書轉讓)		
	戶名	金融機構名稱	銀行/郵局		分行/支庫
	金融機構代號	匯款帳號			
說明：1. 受款人為保單所載受益人；若受益人為一人以上，各受益人須另分別填寫金融匯款資料。 2. 匯款帳戶須為受益人本人所有，並請檢附身分證正反面及存摺戶名帳號資料影本。					
同意查詢聲明書	茲因向第一產物保險股份有限公司申請保險給付之需要，由立同意書人(下稱本人)以 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 法定代理/監護、輔助人之身分，同意下列事項：1. 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，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。2. 同意任何醫院(師)、診所、地檢署、警方、保險公司等單位，提供 貴公司及所授權之查證公司調閱、抄錄或影印所有就診病歷、電腦檔案資料、與本案有關之筆錄、報告、相關資料及保險相關紀錄以為參證之用，並聲明本同意書之影本與原本具同等效力。				
個資暨授權同意書	本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人、受益人之個人資料，有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。本人已確實詳閱貴公司「履行個人資料保護法告知義務內容暨同意書」(詳細內容請參閱本申請書第二頁所示)之內容，並同意提供個人資料以供 貴公司使用。 本人同意 貴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 貴公司「履行個人資料保護法告知義務內容暨同意書」所列告知事項外，得於人身保險及財產保險業務範圍及其他相關法令規範之範圍內(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)為之。本人已瞭解若不同意貴公司蒐集、處理或利用前述資料，貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。本人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。				
立同意書人對於同意查詢聲明書、個資暨授權同意書之內容已充分瞭解，並同意授權 貴公司於業務範圍及法令規定內使用。					
此致 第一產物保險股份有限公司					
被保險人/受益人(即立同意書人)簽章：			身分證字號：		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
法定代理人/監護、輔助人簽章：			身分證字號：		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
(被保險人未成年、受監護或輔助宣告，法定代理人、監護人或輔助人需親自簽章同意，並檢附關係證明)					
申請日期： 年 月 日					
送件單位	分公司/通訊處 保經代公司	送件人姓名	行動電話		

「若有資料造假、誇大保險事故理賠金額、預謀或故意製造或捏造保險事故、陳述或提供不實資訊等相當於保險詐欺之情事發生，將可能會危害到保單持有人之權益。」

理賠申請文件黏貼處

被保險人／受益人存摺影本

存摺影本黏貼處

被保險人／受益人身分證影本

身分證影本黏貼處（正面）

身分證影本黏貼處（反面）

法定代理人身分證影本

身分證影本黏貼處（正面）

身分證影本黏貼處（反面）

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