

事故人與受益人非同一人，或有多受益人時，請填寫其中一位受益人作為聯繫代表

事故者基本資料

欄位有(*)記號者，屬於必填欄位，請務必確實填寫，以利本公司審理流程。

(*)姓名				(*)身分證字號										
(*)事故日期	年	月	日	(*)出生日期	年	月	日							
(*)居住地址	□□□		縣市	鄉市鎮區										
(*)日間易晤地址	□□□		縣市	鄉市鎮區	<input type="checkbox"/> 同居住地址									
(*)聯絡方式(可擇一填寫)														
聯絡電話	()			行動電話										
E-mail	<input type="checkbox"/> @yahoo.com.tw <input type="checkbox"/> @hotmail.com <input type="checkbox"/> @cathaylife.com.tw <input type="checkbox"/> @gmail.com <input type="checkbox"/> 其它 @_____													

1. 本公司將發送理賠進度與結案簡訊至申請書上所載之手機號碼。
2. 填寫 E-mail 者，本公司於結案後會以電子給付明細寄至所載之電子信箱。

申請內容

(*)申請日期	年	月	日	(*)事故原因										
(*)申請種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病)			<input type="checkbox"/> 意外事故			(僅可勾選一項)							
(*)理賠類別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 醫療實支(F) <input type="checkbox"/> 醫療日額(燒燙傷)(E) <input type="checkbox"/> 防癌(G) <input type="checkbox"/> 津貼(I)(生育、結婚) <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病)(C) <input type="checkbox"/> 死亡(A) <input type="checkbox"/> 失能(B) <input type="checkbox"/> 完全失能(K)(完全失能關懷) <input type="checkbox"/> 豁免保費(喪失工作能力)(J) <input type="checkbox"/> 長期看護(H) <input type="checkbox"/> 定期給付保險金(N)(生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 生命末期(溫暖人生)(D) <input type="checkbox"/> 員工福團(含退休員工福團)(O) <input type="checkbox"/> 意外險(X)													
1. 勾選員工福團及意外險時，請一併勾選相關申請之他項理賠類別，以利作業。 2. 如須申請實物給付服務者，請一併填寫「實物給付服務申請聲明暨同意書」。理賠類別勾選請參照前項文件。 註：配合保險法修訂，自 107 年 6 月 15 日起調整「殘廢」及「失能」等相關用詞，保戶權益未受影響，詳細說明參閱國泰人壽官網法令公告專區。														

事故經過(申請種類為意外事故者須填寫)

事故地點				工作內容										
相關經過								報案日期 (無則免填)						
報案機關 (無則免填)				電話 ()				承辦警員 (無則免填)						

事故者為無記名主(附)約之被保險人眷屬(事故者為主約被保險人者請勿填寫)
或本次申請理賠類別含意外險之保單者，請填下列資料，超過 4 件者，請另填附件(一)

無記名式保單 (意外險團體保單、防癌雙親/單親型保單、家庭型傷害特約等)	保單號碼：	_____	險別代號：	_____	關係：	_____
	保單號碼：	_____	險別代號：	_____	關係：	_____
	保單號碼：	_____	險別代號：	_____	關係：	_____
	保單號碼：	_____	險別代號：	_____	關係：	_____

1. 凡為無記名式保單而須填寫上列欄位資料者，須一併檢附事故人戶籍資料以利身分關係之核對。
2. 險別代號每欄僅限填寫一個代號，如同一保單號碼下有數個無記名附約，請分開填寫。



300002



00015

113.03 版



保險金給付方式

受益人有數人時，限選擇同一種領取方式；受益人逾3人時，請另填附件(一)

(*)領取方式 (凡因匯款帳戶錯誤、變更、撤銷、停用等原因致無法完成轉帳者，本公司得逕行改以禁背支票給付。)	<input type="checkbox"/> 匯撥至受益人「一指通」所指定之帳戶(即免填下列帳戶資料) <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人其他帳戶(勾選本項者，須另填寫以下國內銀行帳戶資料) <input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶 (受益人為未成年人時，得選擇匯款至法定代理人之帳戶，並於本公司將款項匯入法定代理人時，視為已對受益人給付。 <b style="color: red;">法定代理人非要保人時，需另檢附關係證明文件。 <input type="checkbox"/> 禁背支票(<input type="checkbox"/> 請服務人員轉送 <input type="checkbox"/> 由申請人親領) <input type="checkbox"/> 取消禁背支票
(選取本列給付方式者僅限櫃檯親領、受益人為7歲以下或外籍人士)	

帳 戶 資 料	戶名				身分證字號										
	金融機構(分行)	分行通匯代號			帳號										
	戶名				身分證字號										
	金融機構(分行)	分行通匯代號			帳號										
	戶名				身分證字號										
	金融機構(分行)	分行通匯代號			帳號										

注意暨聲明事項

1. 事故者於本公司投保之所有有效個險保險契約，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。但受益人與事故人為同一人時，受益人可僅就部分保單申請保險給付，惟須另外填寫聲明書。
2. 102年1月1日前附加之長年期附約，因身故以外之保險事故與主契約一併終止者，要保人得於該長年期附約終止之日起60日內向本公司申請選擇附約繼續有效。
3. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」規定，單次給付理賠延滯息達新臺幣2萬元者，應按規定扣取補充保險費，但具下列身分之一者，於理賠申請時應主動檢附下列文件，可免扣取補充保險費：
 (1) 低收入戶者：檢附社政機關核定有效期限內之低收入戶證明文件。
 (2) 未具健保投保資格或喪失健保投保資格者：非本國人者檢附護照影本、已除籍之本國人者檢附最近3個月內戶籍證明文件。
4. 申請身故保險金者，受益人同意本公司得將相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對，以確認其正確性。受益人申請理賠之保險事故及其相關文件如有虛偽不實者，行為人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。
5. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時，如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者，受益人得依強制執行法第122條規定，向該執行機關聲請或聲明異議。
6. 保險契約因受益人申領身故、完全失能等保險金而終止者，受益人同意委由國泰人壽銷毀保險單。如保險單已遺失(或毀損)者，受益人聲明於申請前述保險金之日起作廢，日後如該保險單遭他人冒用或其他原因損及國泰人壽權益，或涉及金錢、法律及其他糾紛時，概由申請人自行承擔。
7. 【個人資料保護法應告知事項】依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其相關規定，本公司為辦理人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務及符合相關法令規範之需要，而蒐集您的個人資料(包括病歷、醫療及健康檢查等特種個資)。所蒐集之資料除再保險業務或委外業務執行之需要而於我國境外被處理及利用外，僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供本公司及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至本公司各服務據點或利用本公司服務專線(市話請撥打免費專線：0800036599，手機請改撥付費電話：02-21626201 或網路電話(路徑：國壽官網首頁>聯絡我們>(專線服務)客服專線>網路電話))查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或删除您的個人資料，惟本公司依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，本公司將可能無法辦理您的理賠申請。
8. 本申請書所提供之通訊地址、聯絡電話及E-mail，僅供本次申辦業務使用，不代表已向本公司行使變更通知。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

立書人已詳閱並瞭解上述【個人資料保護法應告知事項】，並同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內，得蒐集、處理及利用立書人之病歷、醫療及健康檢查等特種個資，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司及履行保險契約有關之第三方以辦理再保險、核保或理賠業務。立書人併此聲明，本同意書係出於立書人自由意願下所為之意思表示。

(*)立書人(即被保險人)/受益人簽名： _____ (*)法定代理人(監護人)簽名： _____

上開受益人之簽名於被保險人身故時，僅代表受益人或其法定代理人提出理賠申請，並已知悉瞭解上述注意暨聲明事項。

本公司服務人員(送件人)基本資料

送件人姓名		單位代號		送件人ID										
聯絡電話 (僅供本次申請聯繫使用)				送件人收件日期										
				年 月 日										

1. 服務人員應親晤立書人/受益人，並確實見證本申請書由其簽章；凡代簽名或未親見受益人簽章，致受益人或公司受損害者，須依法負民、刑事及其他相關法律責任。
2. 為維護保戶權益，送件前請檢視申請書資料是否填寫完備正確，以利審理流程進行。

同意查詢暨授權聲明書

立書人_____為向國泰人壽保險股份有限公司(下稱國泰人壽) 申請保險給付，
投保/核保需要，
以被保險人 姓名：_____ 身分證字號：_____ 生日：_____年_____月_____日

之本人 父母 配偶 子女 其他(與被保險人為_____關係)身分，

授權國泰人壽向貴機構/單位索引、查詢、問診、調閱抄錄或影印下列資料，以為參證之用：

- 一、 就診病歷。
- 二、 投保資料。
- 三、 其他與本次保險事故/投保/核保所需相關資料(包含書面及電腦檔案)。
- 四、 相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對，以確認其正確性(申請身故保險金)。

此致

各有關醫療院所、警察機關、消防機關、衛生機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司、內政部移民署或其他相關單位或個人。

◆立書人同意本聲明書得由國泰人壽影印後使用，影印本與正本具同等效力。

***立書人請簽名並蓋章**

***若立書人為未成年/受監護或輔助宣告者，
法定代理人/監護人/輔助人請簽名並蓋章**

立書人簽名：

法定代理人/監護人/輔助人簽名：

身分證字號：

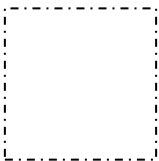
身分證字號：

電話：

電話：

地址：

蓋章：



蓋章：



中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

個人資料保護法應告知事項

國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理再保險、海外急難救助、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料。所蒐集之資料除了再保險業務或委外業務執行的需要，會在我國境外被處理及利用外，僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務據點或利用國泰人壽客戶服務專線查詢(市話請撥打免費專線：0800-036599，手機請改撥付費電話：02-2162-6201 或網路電話(路徑：國壽官網首頁>問題與聯繫)>(聯絡我們)客服電話>撥打網路電話)、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理或利用及刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。



300005



00009

理賠申請所需文件一覽表

	死亡	重大疾病與特定傷病	完全失能	二至十一級失能	中重度燒燙傷	生命末期／長期看護／豁免保費	醫療			津貼			職業災害			
							實支實付	防癌	住院日額／手術 ^{註5}	結婚	生育	喪葬津貼	死亡	失能	醫療傷病	
保險金申請書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
同意查詢聲明書 ^{註1}	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				◎	◎	◎	
死亡證明書/相驗屍體證明書	◎											◎	◎			
失能診斷書 ^{註2}			◎	◎		◎									◎	
被保險人之除戶戶籍謄本或已登載除戶資訊之新式戶口名簿	◎											◎	◎			
受益人身份證	◎											◎	◎			
法定繼承人或其他未約定受益人者，須提供三個月內紙本戶籍謄本，或電子戶籍謄本，或新式戶口名簿	◎											◎	◎			
醫師診斷證明書 ^{註3}		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎					◎	◎	
收據正本及費用明細表							◎									
相關檢驗/檢查報告 ^{註4}		◎				◎		◎								
出生證明/已登載出生之新式戶口名簿或相關可證明文件											◎					
登載結婚之新式戶口名簿或相關可證明文件										◎						
繼承人授權聲明書 ^{註6}	◎															
勞工保險給付收據影本														◎	◎	◎

註1：通用同意查詢聲明書詳前頁。若調閱需專用同意書之醫院病歷時，本公司將另行提供專用同意書。

註2：如為截肢(指)缺失，應載明「截斷」之部分；如為關節機能喪失、活動障礙，應載明關節各面向活動範圍(角度)；如為其他機能喪失障礙，應載明障礙情形；如為日常生活無法自理，應載明食、衣、住、行、穿脫衣服、大小便始末需扶助項目及需他人扶助程度(完全扶助或部分扶助)

註3：診斷名稱(病名)「建議」可請醫師加註國際疾病編碼第十版的診斷碼，可加快理賠判斷。

註4：首次罹癌者應檢附病理切片報告或其他相關檢查(血液檢查、腹部超音波、電腦斷層等)；急性心肌梗塞者應檢附心電圖及心肌酶報告；其他重大疾病/特定傷病者(腦中風、癱瘓、帕金森氏症、良性腦腫瘤、脊髓灰質炎、嚴重頭部創傷等)比照失能診斷書(註2)說明。

註5：申請手術保險金者，診斷書請載明手術名稱或建請醫院填寫健保局費用支付申請代碼。

註6：如受領保險金者為受益人之法定繼承人，或本公司返還保單價值準備金、保險費之對象為要保人之法定繼承人時，須檢附本項文件。

注意事項：

一、以上為一般申請理賠須檢附之文件，實際仍需依理賠審核需求由理賠人員通知再行檢附相關文件。

二、意外傷害案件，可提供傷害事故證明(如報案三聯單、交通意外事故證明書)等資料以加速審核。

三、申請傷害險實支實付醫療保險金，收據可使用副本。

四、如有問題請撥打服務專線(市話請撥打免付費專線：0800036599，手機請改撥付費電話：02-21626201 或網路電話(路徑：國壽

官網首頁>聯絡我們>(專線服務)客服專線>網路電話)或海外付費諮詢專線(+886-2-55595110 按1)。

五、配合保險法修訂，自107年6月15日起調整「殘廢」及「失能」等相關用詞，保戶權益未受影響，詳細說明參國泰人壽官網法令公告專區。

事故人與受益人非同一人，或有多受益人時，請填寫其中一位受益人作為聯繫代表人

事故者基本資料

欄位有(*)記號者，屬於必填欄位，請務必確實填寫，以利本公司審理流程。

(*)姓名	樹寶	(*)身分證字號	A 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
(*)事故日期	108 年 12 月 25 日	(*)出生日期	90 年 1 月 1 日
(*)居住地址	11006 台北 縣市 大安 鄉市鎮區 XXX 路 X 段 XXX 號		
(*)日間易晤地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同居住地址 <input type="checkbox"/> 縣市鎮區		

將會利用簡訊通知理賠進度

(*)聯絡方式(可擇一填寫)			
聯絡電話	(02)27000001	行動電話	0912345678
E-mail	Cathaylife	<input type="checkbox"/> @yahoo.com.tw <input checked="" type="checkbox"/> @gmail.com	<input type="checkbox"/> @hotmail.com <input type="checkbox"/> 其它 @

結案後，提供電子給付明細

- 本公司將發送理賠進度與結案簡訊至申請書上所載之手機號碼。
- 填寫 E-mail 者，本公司於結案後會以電子給付明細寄至所載之電子信箱。

申請內容

(*)申請日期	108 年 12 月 31 日	(*)事故原因	骨折
(*)申請種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病) <input checked="" type="checkbox"/> 意外事故 (僅可勾選一項)		
(*)理賠類別 (可複選)	<input checked="" type="checkbox"/> 醫療實支(F) <input checked="" type="checkbox"/> 醫療日額(燒燙傷)(E) <input type="checkbox"/> 防癌(G) <input type="checkbox"/> 津貼(I)(生育、結婚) <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病)(C) <input type="checkbox"/> 死亡(A) <input type="checkbox"/> 失能(B) <input type="checkbox"/> 完全失能(K)(完全失能關懷) <input type="checkbox"/> 豁免保費(喪失工作能力)(J) <input type="checkbox"/> 長期看護(H) <input type="checkbox"/> 定期給付保險金(N)(生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 生命末期(溫暖人生)(D) <input type="checkbox"/> 員工福團(含退休員工福團)(O) <input type="checkbox"/> 意外險(X)		

申請種類勾選意外，需填寫事故經過

事故經過(申請種類為意外事故者須填寫)

事故地點	仁愛敦南圓環	工作內容	學生
相關經過	回家路上被車擦撞		報案日期 (無則免填) 108.12.25
報案機關 (無則免填)	仁愛派出所	電話 (02) 27000001	承辦警員 王大明 (無則免填)

事故者為無記名主(附)約之被保險人眷屬(事故者為主約被保險人者請勿填寫)

或本次申請理賠類別含意外險之保單者，請填下列資料，超過 4 件者，請另填附件(一)

無記名式保單 (意外險團體保單、防癌雙親/單親型保單、家庭型傷害特約等)	保單號碼： 123456789	險別代號： XX	關係： 兒子
	保單號碼：	險別代號：	關係：
	保單號碼：	險別代號：	關係：
	保單號碼：	險別代號：	關係：

防癌雙親、家庭型傷害特約等無記名式保單，事故者非主約被保險人本人時，請填寫此區

- 凡為無記名式保單而須填寫上列欄位資料者，須一併檢附事故人戶籍資料以利身分關係之核對。
- 險別代號每欄僅限填寫一個代號，如同一保單號碼下有多數代號者，請分別填寫。



保險金給付方式

受益人有數人時，限選擇同一種領取方式；受益人逾3人時，請另填附件(一)

(*)領取方式
(凡因匯款帳戶錯誤、變更、撤銷、停用等原因致無法完成轉帳者，本公司得逕行改以禁背支票給付。)

匯撥至受益人「一指通」所指定之帳戶(即免填下列帳戶資料)

匯撥至受益人其他帳戶(勾選本項者，須另填寫以下國內銀行帳戶資料)

匯撥至法定代理人之帳戶
(受益人為未成年人時，得選擇匯款至法定代理人之帳戶，並於本公司將款項匯入法定代理人時，視為已對受益人給付。
法定代理人非要保人時，需另檢附關係證明文件)。

禁背支票(請服務人員轉送 由申請人親領)

取消禁背支票 **(選取本列給付方式者僅限櫃檯親領、受益人為7歲以下或外籍人士)**

帳 戶 資 料	戶名	樹寶			身分證字號	A 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	金融機構(分行)	國泰松山	分行通匯代號	0130372	帳號	10000000001
	戶名				身分證字號	
	金融機構(分行)		分行通匯代號	0130372	帳號	
	戶名				身分證字號	
	金融機構(分行)		分行通匯代號		帳號	

注意暨聲明事項

1. 事故者於本公司投保之所有有效個險保險契約，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。但受益人與事故人為同一人時，受益人可僅就部分保單申請保險給付，惟須另外填寫聲明書。
2. 102年1月1日前附加之長年期附約，因身故以外之保險事故與主契約一併終止者，要保人得於該長年期附約終止之日起60日內向本公司申請選擇附約繼續有效。
3. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」規定，單次給付理賠延滯息達新臺幣2萬元者，應按規定扣取補充保險費，但具下列身分之一者，於理賠申請時應主動檢附下列文件，可免扣取補充保險費：
(1) 低收入戶者：檢附社政機關核定有效期限內之低收入戶證明文件。
(2) 未具健投保資格或喪失健投保資格者：非本國人者檢附護照影本、已除籍之本國人者檢附最近3個月內戶籍證明文件。
4. 申請身故保險金者，受益人同意本公司得將相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對，以確認其正確性。受益人申請理賠之保險事故及其相關文件如有虛偽不實者，行為人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。
5. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時，如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者，受益人得依強制執行法第122條規定，向該執行機關聲請或聲明異議。
6. 保險契約因受益人申領身故、完全失能等保險金而終止者，受益人同意委由國泰人壽銷毀保險單。如保險單已遺失(或毀損)者，受益人聲明於申請前述保險金之日起作廢，日後如該保險單遭他人冒用或其他原因損及國泰人壽權益，或涉及金錢、法律及其他糾紛時，概由申請人自行承擔。
7. 【個人資料保護法應告知事項】依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其相關規定，本公司為辦理人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、實物給付、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務及符合相關法令規章，得蒐集、處理及利用您的個人資料(包括病歷、醫療及健康檢查等特種個資)。所蒐集之資料除再保險業務、實物給付、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務及符合相關法令規章之目的存續期間及依法令規定期間內，得供本公司及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至本公司(或本公司之分公司)查詢、更正、刪除您的個人資料，請洽本公司(或本公司之分公司)服務專線(免付費專線：0800036599，手機請改撥付費電話：02-21626201)查詢、更正、刪除您的個人資料，惟本公司依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。如本公司無法辦理您的理賠申請，請洽本公司(或本公司之分公司)服務專線(免付費專線：0800036599，手機請改撥付費電話：02-21626201)查詢、更正、刪除您的個人資料，惟本公司依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。
8. 本申請書所提供之通訊地址、聯絡電話、傳真號碼、電子郵件地址等，如發生變更，請逕向本公司(或本公司之分公司)申請變更。如未申請變更，本公司將視同代表已向本公司行使變更通知。

受益人務必親自簽名，若受益人未成年，法定代理人務必簽名！

特種個資同意書

立書人已詳閱並瞭解上述【個人資料保護法應告知事項】，並同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內，得蒐集、處理及利用立書人之病歷、醫療及健康檢查等特種個資，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司及履行保險契約有關之第三方以辦理再保險、核保或理賠業務。立書人併此聲明，本同意書係出於立書人自由

(*)立書人(即被保險人)/受益人簽名：樹寶

(*)法定代理人(監護人)簽名：樹寶爸

上開受益人之簽名於被保險人身故時，僅代表受益人或其法定代理人提出理賠申請，並已知悉瞭解上述注意暨聲明事項。

本公司服務人員(送件人)基本資料

送件人姓名	單位代號	送件人 ID	送件人收件日期
聯絡電話 (僅供本次申請聯繫使用)	保戶無需填寫		年 月 日

1. 服務人員應親晤立書人/受益人，並確實見證本申請書由其簽章；凡代簽名或未經親見受益人簽章，致受益人或公司受損害者，須依法負民、刑事及其他相關法律責任。
2. 為維護保戶權益，送件前請檢視申請書資料是否填寫完備正確，以利審理流程進行。