

要保單位	(*)公司名稱	廠區	部門	統編						
(*)事故者資料	姓名	身分證字號			出生日期			事故者與員工關係		
					年	月	日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它_____		
員工資料 (若事故者即員工,粗框內免填)	姓名	身分證字號			出生日期			(*)保單號碼	(*)等級	
					年	月	日	1. _____	_____	
(*)住所地址	□□□□						2. _____			
							3. _____			
(*)行動電話	聯絡電話()			電子郵件			由服務人員或窗口填寫			

1. 本公司將發送理賠進度與理賠核定結果簡訊至本申請書上所填寫之行動電話號碼。
 2. 填寫 E-mail 者,本公司將於結案後發送電子理賠核定結果至本申請書上所填寫之電子信箱。

(*)事故種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病) <input type="checkbox"/> 意外事故(傷害)	(*)申請日期	年	月	日
(*)事故說明		(*)事故日期	年	月	日
(*)申請保險金類別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病) <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 防癌 <input type="checkbox"/> 定期給付(生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 津貼(生育) <input type="checkbox"/> 長期照顧 ※「理賠類別」原則以您所勾選者為準,惟如尚有符合其他理賠類別,將於確認您的意願後一併審核。 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。				

意外事故地點	工作內容					
意外事故經過						
報案單位	報案日期	年	月	日	承辦員警	電話

(*)保險金給付方式 (未勾填給付方式者,一律以背書支票支付)	<input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶(限受益人為未成人時,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帳戶時,視為已對受益人給付)					
	<input type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶					
	<input type="checkbox"/> 匯撥至受益人已指定之匯撥帳號(即「一指通」帳戶,即免填下列帳戶資料) (員工眷屬申請「醫療給付」,可選擇匯撥至員工帳戶,須填下方眷屬醫療保險金指定匯款同意書)					
	<input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票(請於右欄填寫受益人身分證字號,以利開票作業)					受益人身分證字號

帳戶資料	戶名					身分證字號
	金融機構(分行)	(中文名稱)	分行通匯代號			身分證字號

眷屬醫療保險金指定匯款同意書
 本人(即事故者)為員工之眷屬,同意將本次申請之醫療保險金匯入該員工指定之金融機構帳戶(帳戶資料如上欄)。匯款完成後,貴公司對本人之本次醫療保險金之給付義務即行消滅。恐口說無憑,特立此書為證。
 此致 國泰人壽保險股份有限公司 立同意書人(事故者): _____ (簽章) 電話: _____

個人資料(含特種個資)蒐集、處理及利用同意書
 立書人已詳閱並瞭解下述【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(監護人或輔助人):
(親簽)	(親簽)
員工簽名:(如選擇匯撥至員工帳戶,員工本人亦需簽名)	
受益人與事故者關係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他_____	
(申請意外、疾病醫療、失能或重大疾病等保險金時,受益人限事故者本人。)	

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聲明事項。

要保單位填寫欄	注意 事項
到職日: 年 月 日	
事故日是否在职: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
確認人: (職章)	
(要保單位用印)	1. 【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、外供本公司、因以上目的作業需要之第三方(包括但不限於再保險及業務委外等對象)、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者及依法有調查權機關或金融監理機關等進行處理及利用。您可行使之個人資料權利包含:查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,並可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:0800-036-599,手機請改撥付費電話:02-4128-010或網路電話詢問),本公司將儘速依相關法令規定,處理與回覆您的請求,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。 2. 受益人有數人時,請事先協調選擇同一領取方式,以利本公司作業;並另填附件(一)。 3. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者,本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。 4. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」,單張保單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,但屬下列身分者,於理賠申請時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中低收入戶證明文件(2)未具備或喪失投保資格者:非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附近3個月內戶籍證明 5. 申請身故保險金者,立書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。 6. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者,受益人於提出理賠申請時須檢附勞工保險加保申報書或在職證明,惟針對醫療保險理賠部分,本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。 7. 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。

(*)服務人員(送件人)基本資料(此欄由國壽服務人員填寫)			
送件人姓名	單位代號	送件人員編	
聯絡電話	市話:()	分機	手機:
			收件日期: 年 月 日



事故者基本資料

(*) 姓名		(*) 身分證字號																		
--------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保險金給付方式

領取方式

匯撥至法定代理人之帳戶
 (限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帳戶時,視為已對受益人給付)(請填下列帳戶資料)

匯撥至身故受益人帳戶(請填下列帳戶資料)

匯撥至受益人已指定之匯撥帳號(即「一指通」帳戶,即免填下列帳戶資料)

禁止背書轉讓支票(請於下列帳戶資料欄填寫受益人身分證字號,以利開票作業)

帳戶資料	戶名					身分證字號														
	金融機構(分行)	(中文名稱)	行庫局號	代號	帳號															
	戶名					身分證字號														
	金融機構(分行)	(中文名稱)	行庫局號	代號	帳號															
	戶名					身分證字號														
	金融機構(分行)	(中文名稱)	行庫局號	代號	帳號															

- 注意事項**
1. 受益人有數人時,請事先協調選擇同一領取方式,以利本公司作業。
 2. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者,本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。
 3. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」,單張保單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,但屬下列身分者,於理賠申請時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中低收入戶證明文件
 (2)未具備或喪失投保資格者:非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附近 3 個月內戶籍證明
 4. 申請身故保險金者,立書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. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者,受益人於提出理賠申請時須檢附勞工保險加保申報書或在職證明,惟針對醫療保險理賠件部分,本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。
 6. 【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、外供本公司、因以上目的作業需要之第三方(包括但不限於再保險及業務委外等對象)、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者及依法有調查權機關或金融監理機關等進行處理及利用。您可行使之個人資料權利包含:查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,並可至本公司各服務據點或利用本公司服務專線(市話請撥打免付費專線:0800-036-599,手機請改撥付費電話:02-4128-010 或網路電話詢問),本公司將儘速依相關法令規定,處理與回覆您的請求,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。
 7. 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。

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。



同意查詢暨授權聲明書

一、本人_____為向國泰人壽保險股份有限公司(下稱國泰人壽)基於 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, 基於人身保險相關服務目的, 索引^{註一}、查詢^{註二}、問診、調閱、抄錄或影印下列資料, 以為參證之用:

(一) 就診病歷

1. 被保險人自契約生效日(民國____年____月____日)起前五年內迄本聲明書簽章日止, 不限科別之特定疾病(病名: _____)相關病歷。
2. 前項未填寫契約生效日者, 同意以被保險人所留存於國泰人壽最早有效保單紀錄為準; 未填寫病名者, 授權調閱所有相關病歷資料。

(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)。

二、上述欄位如有空白, 本人同意委由國泰人壽人員於個人資料保護法規範內代為填寫。
三、本人並聲明: 本人同意國泰人壽於辦理上開事項範圍內, 得影印本聲明書後使用; 影印本與正本具同等效力。

此致

各有關醫療院所、警察機關、消防(救護)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

附註:

註一: 索引包含但不限於公開查詢網站、平台進行自主檢索。

註二: 查詢包含上開單位網路、電話語音掛號系統之操作, 或配合醫療院所作業要求。

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(包含病歷、醫療、健康檢查之個人資料)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(市話請撥打免付費專線: 0800-036599, 手機請改撥付費電話: 02-4128-010 或網路電話)、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



00010

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	◎											◎	◎		
受益人身分證明文件	◎											◎	◎		
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：0800-036-599，手機請改撥付費電話：02-4128-010 或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。

事故者
為本人

國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書

(*)=必填欄位

要保單位	(*)公司名稱 大樹工作室 廠區 TREE 部門 作業部 統編		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
(*)事故者資料	姓名	身故證字號			出生日期			事故者與員工關係				
	事故人 (受傷、生病之人)	A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它
員工資料 (若事故者即員工, 租框內免填)	姓名	身故證字號			出生日期			(*) 保單號碼		(*) 等級		
	事故者為員工本人無需填寫							年	月	日	1. _____ 2. _____ 3. _____	_____
(*) 住所地址	11016 台北市大安區 XX 路 XX 段 XX 號											
(*) 行動電話	0900000000			聯絡電話 ()			電子郵件		Tree@gmail.com			
<p>1. 本公司將發送理賠進度與理賠核定結果簡訊至本申請書上所填寫之行動電話號碼。</p> <p>2. 填寫 E-mail 者, 本公司將於結束後發送電子理賠核定結果至本申請書上所填寫之電子信箱。</p>												
(*) 事故種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故 (疾病) <input checked="" type="checkbox"/> 意外事故 (傷害)				(*) 申請日期		114 年 07 月 31 日					
(*) 事故說明	骨折				(*) 事故日期		114 年 07 月 25 日					
(*) 申請保險金額別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病 (特定傷病) <input checked="" type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 防癌 <input type="checkbox"/> 定期給付 (生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 津貼 (生育) <input type="checkbox"/> 長期照顧 ※「理賠類別」原則以您所勾選者為準, 惟如尚有符合其他理賠類別, 將於確認您的意願後一併審核。 註: 配合保險法修訂, 自 107 年 6 月 15 日起增加「醫療」及「失能」等相關項目, 但此項並未影響。											
意外事故地點	仁愛敦化圓環											
意外事故經過	回家路上被車擦撞											
報案單位	大樹派出所		報案日期		114 年 07 月 29 日		承辦員警		樹警官		電話	
(*) 保險金給付方式 (未勾填給付方式者, 一律以禁背支票支付)	<input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶 (限受益人為未成年時, 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帳戶時, 視為已對受益人給付) <input checked="" type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶 <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人已指定之匯撥帳號 (即「一指通」帳戶, 即免填下列帳戶資料) <input type="checkbox"/> (員工眷屬申請「醫療給付」, 可選擇匯撥至員工帳戶, 須填下方眷屬醫療保險金指定匯款同意書) <input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票 (請於右欄填寫受益人身分證字號, 以利開票作業)											
	受益人身分證字號 _____ 身分證字號 A000000000											
帳戶資料	戶名	受益人			分行通匯代號	0 1 3 0 3 7 2			帳號	10000000001		
眷屬醫療保險金指定匯款同意書 本人 (即事故者) 為員工之眷屬, 同意將本次申請之醫療保險金匯入該員工指定之金融機構帳戶 (帳戶資料如上欄)。匯款完成後, 貴公司對本人之本次醫療保險金之給付義務即行消滅。恐口說無憑, 特立此書為證。 此致 國泰人壽保險股份有限公司 立同意書人 (事故者): _____ (簽章) 電話: _____												
個人資料 (含特種個資) 蒐集、處理及利用同意書 立書人已詳閱並瞭解下述【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: 受益人 法定代理人 (監護人或輔助人): _____ (親簽) 員工簽名: (如選擇匯撥至員工帳戶, 員工本人亦需簽名) 受益人與事故者關係: <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (申請意外、疾病醫療、失能或重大疾病等保險金時, 受益人限事故者本人。) 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。												
要保單位填寫欄	到職日:	年 月 日		1. 【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)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內, 以符合於法令規定之利用方式, 於我國境內、外供本公司、因以上目的作業需要之第三方 (包括但不限於再保險及業務委外等對象)、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者及依法有調查權機關或金融監理機關等進行處理及利用。您可行使之個人資料權利包含: 查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料, 並可至本公司各服務據點或利用本公司服務專線 (市話請撥打免付費專線: 0800-036-599, 手機請改撥付費電話: 02-4128-010 或網路電話詢問), 本公司將盡速依相關法令規定, 處理與回覆您的請求, 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。 2. 受益人有數人時, 請事先協調選擇同一領取方式, 以利本公司作業; 並另填附件 (一)。 3. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者, 本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。 4. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」, 單張保單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, 但屬下列身分者, 於理賠申請時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中低收入戶證明文件 (2) 未具備或喪失投保資格者: 非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附最近 3 個月內戶籍證明 5. 申請身故保險金者, 立書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。 6. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者, 受益人於提出理賠申請時須檢附勞工保險加保申報書或在職證明, 惟針對醫療保險理賠部分, 本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。 7. 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。								
事故日是否在职: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 確認人: _____ (職章)	此欄是否填寫, 依各要保單位約定為準。											
(*) 服務人員 (送件人) 基本資料 (此欄由國壽服務人員填寫)												
送件人姓名	單位代號			員編			收件日期: 年 月 日					
聯絡電話	市話: ()		分機		保戶無需填寫							



要保單位	(*)公司名稱 大樹工作室		廠區 TREE	部門 作業部	統編	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
(*)事故者資料	姓名	身故證字號			出生日期	事故者與員工關係									
	事故人 (受傷、生病之人)	A 5 5 5 5 5 5 5 5	60年 07月 07日			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它									
員工資料 (若事故者即員工, 租框內免填)	姓名	身故證字號			出生日期	(*) 保單號碼		(*) 等級							
	員工	A 0 0 0 0 0 0 0 0	90年 07月 07日			1. _____		2. _____							
3. _____	由服務人員或窗口填寫														
(*) 住所地址	11016 台北市大安區 XX 路XX 段 XX 號														
(*) 行動電話	0900000000			聯絡電話 ()	電子郵件		Tree@gmail.com								
1. 本公司將發送理賠進度與理賠核定結果簡訊至本申請書上所填寫之行動電話號碼。 2. 填寫 E-mail 者, 本公司將於結束後發送電子理賠核定結果至本申請書所填寫之電子信箱。															
(*) 事故種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故 (疾病) <input checked="" type="checkbox"/> 意外事故 (傷害)				(*) 申請日期	114年 07月 31日									
(*) 事故說明	骨折				(*) 事故日期	114年 07月 25日									
(*) 申請保險金額別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病 (特定傷病) <input checked="" type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 防癌 <input type="checkbox"/> 定期給付 (生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 津貼 (生育) <input type="checkbox"/> 長期照顧 <small>*「理賠類別」原則以您所勾選者為準, 惟如尚有符合其他理賠類別, 將於確認您的意願後一併審核。 註: 配合保險法修訂, 自 107 年 6 月 15 日起增加「醫療」及「生能」等相關項目, 但此項並未影響。</small>														
意外事故地點	仁愛敦化圓環														
意外事故經過	回家路上被車擦撞														
報案單位	大樹派出所		報案日期	114年 07月 29日		承辦員警	樹警官								電話
(*) 保險金給付方式 (未勾填給付方式者, 一律以 禁背支票支付)	<input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶 (限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帳戶時, 視為已對受益人給付)														
	<input checked="" type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶 <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人已指定之匯撥帳號 (即「一指通」帳戶, 即免填下列帳戶資料) <small>(員工眷屬申請「醫療給付」, 可選擇匯撥至員工帳戶, 須填下方眷屬醫療保險金指定匯款同意書)</small>														
	<input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票 (請於右欄填寫受益人身分證字號, 以利開票作業)														
帳戶資料	戶名	受益人			受益人身分證字號										
	金融機構 (分行)	國泰松山			身分證字號	A555555555									
眷屬醫療保險金指定匯款同意書 本人 (即事故者) 為員工之眷屬, 同意將本次申請之醫療保險金匯入該員工指定之金融機構帳戶 (帳戶資料如上欄)。匯款完成後, 貴公司對本人之本次醫療保險金之給付義務即行消滅。恐口說無憑, 特立此書為證。 此致 國泰人壽保險股份有限公司 立同意書人 (事故者): _____ (簽章) 電話: _____															
個人資料 (含特種個資) 蒐集、處理及利用同意書 立書人已詳閱並瞭解下述【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: 受益人 法定代理人 (監護人或輔助人): _____ (親簽) (親簽) 員工簽名: (如選擇匯撥至員工帳戶, 員工本人亦需簽名) 受益人與事故者關係: <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (申請意外、疾病醫療、失能或重大疾病等保險金時, 受益人限事故者本人。) 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。															
要保單位填寫欄		1. 【個人資料保護法應告知事項】: 依據個人資料保護法及附法第 111 條之 1 暨相關規定, 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)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內, 以符合法令規定之利用方式, 於我國境內、外供本公司、因以上目的作業需要之第三方 (包括但不限於再保險及業務委外等對象)、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者及依法有調查權機關或金融監理機關等進行處理及利用。您可行使之個人資料權利包含: 查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料, 並可至本公司各服務據點或利用本公司服務專線 (市話請撥打免付費專線: 0800-036-599, 手機請改撥付費電話: 02-4128-010 或網路電話詢問), 本公司將儘速依相關法令規定, 處理與回覆您的請求, 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。 2. 受益人有數人時, 請事先協調選擇同一領取方式, 以利本公司作業; 並另填附件 (一)。 3. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者, 本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。 4. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」, 單張保單給付理賠延遲息達新臺幣 2 萬元者, 應按規定扣取補充保險費, 但屬下列身分者, 於理賠申請時檢附下列文件可免扣取補充保險費: (1) 低收入戶; 檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件 (2) 未具備或喪失投保資格者; 非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附最近 3 個月內戶籍證明 5. 申請身故保險金者, 立書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。 6. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者, 受益人於提出理賠申請時須檢附勞工保險加保申報書或在職證明, 惟針對醫療保險理賠部分, 本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。 7. 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。													
到職日: 年 月 日		此欄是否填寫, 依各要保單位約定為準。													
事故日是否在职: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		注意 事項													
確認人: (職章)		(*) 服務人員 (送件人) 基本資料 (此欄由國壽服務人員填寫)													
送件人姓名		單位代號			員編										
聯絡電話		市話: ()			分機		收件日期: 年 月 日								

可事先向要保單位確認
條款約定的受益人

此欄是否填寫,
依各要保單位
約定為準。

保戶無需填寫



事故者為眷屬
(指定匯撥)

國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書

(*)=必填欄位

要保單位	(*)公司名稱 大樹工作室 廠區 TREE 部門 助手 統編		1	2	3	4	5	6	7	8	9
(*)事故者資料	姓名	身分證字號			出生日期			事故者與員工關係			
	事故人 (受傷、生病之人)	A 5 5 5 5 5 5 5 5	60年 07月 07日			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它					
員工資料 (若事故者即員工, 粗框內免填)	姓名	身分證字號			出生日期			(*) 保單號碼 (*) 等級			
	員工	A 0 0 0 0 0 0 0 0	90年 07月 07日			1. _____ 2. _____ 3. _____ 由服務人員或窗口填寫					
(*) 住所地址	11016 台北市大安區 XX路XX段XX號										
(*) 行動電話	0900000000			聯絡電話 ()			電子郵件			Tree@gmail.com	

1. 本公司將發送理賠進度與理賠核定結果簡訊至本申請書上所填寫之行動電話號碼。
 2. 填寫 E-mail 者, 本公司將於結束後發送電子理賠核定結果至本申請書所填寫之電子信箱。

(*) 事故種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病) <input checked="" type="checkbox"/> 意外事故(傷害)		(*) 申請日期	114年 07月 31日					
(*) 事故說明	骨折		(*) 事故日期	114年 07月 25日					
(*) 申請保險金額別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病) <input checked="" type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 防癌 <input type="checkbox"/> 定期給付(生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 津貼(生育) <input type="checkbox"/> 長期照顧 ※「理賠類別」原則以您所勾選者為準, 惟尚有符合其他理賠類別, 將於確認您的意願後一併審核。 註:配合保險法修訂, 自107年6月15日起增加「醫療」及「失能」等相關項目, 保戶權益未受影響。								
意外事故地點	仁愛敦化圓環								
意外事故經過	回家路上被車擦撞								
報案單位	大樹派出所	報案日期	114年07月25日		承辦員警	樹警官	電話		

本公司原則以客戶勾選之「理賠類別」為準, 惟亦將檢視是否有符合其他理賠類別, 並於確認客戶意願後進行審核。

(*) 保險金給付方式 (未勾填給付方式者, 一律以 禁背支票支付)	<input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶(限受益人為未成年人時, 得選擇匯款至法定代理人 項匯入法定代理人帳戶時, 視為已對受益人給付)					匯入員工帳戶, 事故者需簽名同意			
	<input checked="" type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶 <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人已指定之匯撥帳號(即「一指通」帳戶, 即免填下列帳戶資料) (員工眷屬申請「醫療給付」, 可選擇匯撥至員工帳戶, 須填下方眷屬醫療保險金指定匯款同意書)					受益人 身分證字號			
<input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票(請於右欄填寫受益人身分證字號, 以利開票作業)					身分證字號		A000000000		
帳戶資料	戶名	受益人			分行通匯代號	0 1 3 0 3 7 2		帳號	10000000001
	金融機構(分行)	國泰松山							

眷屬醫療保險金指定匯款同意書

本人(即事故者)為員工 **員工** 之眷屬, 同意將本次申請之醫療保險金匯入該員工指定之金融機構帳戶(帳戶資料如上欄)。匯款完成後, 貴公司對本人之本次醫療保險金之給付義務即行消滅。恐口說無憑, 特立此書為證。
 此致 國泰人壽保險股份有限公司 立同意書人(事故者): **受益人** (簽章) 電話: **0900000000**

個人資料(含特種個資)蒐集、處理及利用同意書
 立書人已詳閱並瞭解下述【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: 受益人	法定代理人(監護人或輔助人):
(親簽)	(親簽)
員工簽名: (如選擇匯撥至員工帳戶, 員工本人亦需簽名)	
受益人與事故者關係: <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他	
(申請意外、疾病醫療、失能或重大疾病等保險金時, 受益人限事故者本人。)	

匯入員工帳戶, 員工本人亦需簽名

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。

要保單位填寫欄	1. 【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章之需要, 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、外供本公司、因以上目的作業需要之第三方(包括但不限於再保險及業務委外等對象)、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者及依法有調查權機關或金融監督機關等進行處理及利用。您可行使之個人資料權利包含: 查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料, 並可至本公司各服務據點或利用本公司服務專線(市話請撥打免付費專線: 0800-036-599, 手機請改撥付費電話: 02-4128-010 或網路電話詢問), 本公司將儘速依相關法令規定, 處理與回應您的請求, 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。 2. 受益人有數人時, 請事先協調選擇同一領取方式, 以利本公司作業; 並另填附件(一)。 3. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者, 本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。 4. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」, 單張保單給付理賠延遲逾新臺幣2萬元者, 應按規定扣取補充保險費, 但屬下列身分者, 於理賠申請時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中低收入戶證明文件(2)未具備或喪失投保資格者: 非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附近3個月內戶籍證明 5. 申請身故保險金者, 立書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, 行為人須依法自負、刑事及其他相關法律責任。 6. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者, 受益人於提出理賠申請時須檢附勞工保險加保申報書或在職證明, 惟針對醫療保險理賠部分, 本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。 7. 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。
到職日: 年 月 日	
事故日是否在职: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
確認人: (職章)	

此欄是否填寫, 依各要保單位約定為準。

(*) 服務人員(送件人)基本資料(此欄由國壽服務人員填寫)			
送件人姓名	單位代號	員編	收件日期: 年 月 日
聯絡電話	市話: ()	分機	保戶無需填寫



114.12版

302002

00014



同意查詢暨授權聲明書

一、本人(事故人)為向國泰人壽保險股份有限公司(下稱國泰人壽)基於 申請保險給付，
投保/核保需要
以被保險人 姓名：(事故人)
身分證字號：(事故人 ID) 生日：51年10月23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，基於人身保險相關服務目的，索引^{註一}、查詢^{註二}、問
診、調閱、抄錄或影印下列資料，以為參證之用：

(一) 就診病歷

1. 被保險人自契約生效日(民國____年____月____日)起前五年內迄本聲明書
簽章日止，不限科別之特定疾病(病名：全部)相關病歷。
2. 前項未填寫契約生效日者，同意以被保險人所留存於國泰人壽最早有效保單
紀錄為準；未填寫病名者，授權調閱所有相關病歷資料。

(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)。

二、上述欄位如有空白，本人同意委由國泰人壽人員於個人資料保護法規範內代為填寫。

三、本人並聲明：本人同意國泰人壽於辦理上開事項範圍內，得影印本聲明書後使用；影
印本與正本具同等效力。

此致

各有關醫療院所、警察機關、消防(救護)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。


*立書人請簽名並蓋章

立書人簽名：(事故人)

身分證字號：(事故人 ID)

電話：(事故人聯絡電話)

地址：(事故人聯絡地址)

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

法定代理人/監護人/輔助人簽名：

身分證字號：

電話：

若事故人為未滿18歲之未成年人
須請法代填寫

蓋章：

中華民國 114 年 7 月 1 日

附註：

註一：索引包含但不限於公開查詢網站、平台進行自主檢索。

註二：查詢包含上開單位網路、電話語音掛號系統之操作，或配合醫療院所作業要求。

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(包含病歷、醫療、健康檢查之個人資料)除了再保險業務或委外業務執行之需要，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(市話請撥打免付費專線：0800-036599，手機請改撥付費電話：02-4128-010或網路電話)、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



00010

11407 版

事故人(受傷、生病之人) **未滿7歲**，請依此範例，由事故人**法代代填**



同意查詢暨授權聲明書

一、本人(事故人)(代)為向國泰人壽保險股份有限公司(下稱國泰人壽)基於 申請保險給付，
投保/核保需要
以被保險人 姓名：(事故人)
身分證字號：(事故人 ID) 生日：114年10月23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，基於人身保險相關服務目的，索引^{註一}、查詢^{註二}、問
診、調閱、抄錄或影印下列資料，以為參證之用：

(二) 就診病歷

1. 被保險人自契約生效日(民國____年____月____日)起前五年內迄本聲明書
簽章日止，不限科別之特定疾病(病名：全部)相關病歷。
2. 前項未填寫契約生效日者，同意以被保險人所留存於國泰人壽最早有效保單
紀錄為準；未填寫病名者，授權調閱所有相關病歷資料。

(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)。

二、上述欄位如有空白，本人同意委由國泰人壽人員於個人資料保護法規範內代為填寫。
三、本人並聲明：本人同意國泰人壽於辦理上開事項範圍內，得影印本聲明書後使用；影
印本與正本具同等效力。

此致

各有關醫療院所、警察機關、消防(救護)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。

*立書人請簽名並蓋章

立書人簽名：(事故人)(代)
身分證字號：(事故人 ID)
電話：(事故人連絡電話)
地址：(事故人連絡地址)

*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

法定代理人/監護人/輔助人簽名：(事故人法代)
身分證字號：(事故人法代 ID)
電話：(事故人法代電話)

蓋章：



蓋章：



中 華 民 國 114 年 7 月 1 日

附註：

註一：索引包含但不限於公開查詢網站、平台進行自主檢索。

註二：查詢包含上開單位網路、電話語音掛號系統之操作，或配合醫療院所作業要求。

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(包含病歷、醫療、健康檢查之個人資料)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(市話請撥打免付費專線：0800-036599，手機請改撥付費電話：02-4128-010或網路電話)、
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



00010

11407 版