

團險專用

國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書

要保單位	公司名稱		廠區				部門				
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"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶父母 <input type="checkbox"/> 其他		
員工資料 (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. _____ 2. _____	_____	
員工住所地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
員工聯絡電話	()	分機	手機	電子郵件							
申請類別	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病)(1) <input type="checkbox"/> 意外事故(傷害)(2)				申請日期		年 月 日				
事故原因					事故日期		年 月 日				
申請項目	<input type="checkbox"/> 死亡(A) <input type="checkbox"/> 一級殘(K) <input type="checkbox"/> 殘廢(2~11級)(B) <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病)(C)										
	<input type="checkbox"/> 防癌(G) <input type="checkbox"/> 醫療實支(F) <input type="checkbox"/> 醫療日額(燒燙傷)(E)										
	<input type="checkbox"/> 定期給付(生活扶助、殘廢生活金)(N) <input type="checkbox"/> 津貼(生育)(I)										
(下一列粗框內容僅申請意外事故者方須填寫)											
事故地點					工作內容						
事故經過											
報案單位				報案日期			承辦員警			電話	
保險金領取方式 (若未勾填給付方式者,一律以禁背支票支付)	<input type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶 (如員工眷屬申請「醫療給付」,可選擇匯撥至員工帳戶,並須填下方指定匯款同意書)										
	<input type="checkbox"/> 禁背支票										
	<input type="checkbox"/> 取消禁背支票(選取本給付方式者僅限櫃檯親領、受益人為7歲以下或外籍人士)										
匯加填撥此請欄	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			
受益人:	(親自簽名)										
申請意外、疾病醫療、殘廢或重大疾病等時,受益人為事故者本人。											
法定代理人: (監護人或輔助人)	(親自簽名)				與事故者關係		<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其它				
眷屬醫療保險金指定匯款同意書											
本人(事故者)_____為員工_____君之眷屬,同意將本次申請之醫療保險金匯入該員工之金融機構帳戶(帳戶資料如上欄)。匯款完成後,貴公司本次醫療保險金之給付義務,即行消滅。恐口說無憑,特立此書為據。											
此致 國泰人壽保險股份有限公司											
立同意書人: _____ 簽章			身分證字號: _____			電話: _____					
法定代理人: _____ 簽章			身分證字號: _____			電話: _____					
(監護人或輔助人)											
注意事項	1. 申請死亡保險金且受益人有數人時,限選擇同一種領取方式;受益人逾2人時,請另填附件(一)。 2. 凡因匯款帳戶錯誤、變更、撤銷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。										
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 (僅供本次案件聯繫使用)		市話: ()		分機			手機:				



302002



00001

物品編號: 630105 理賠企劃科 菊4K80P橫 50X1,000本 安進 100年7月印製

事故者基本資料

(*)姓名		(*)身分證字號															
(*)事故日期	年	月	日	(*)出生日期	年	月	日										

保險金給付方式

領取方式	<input type="checkbox"/> 匯撥至身故受益人帳戶 (請填下列帳戶資料)
	<input type="checkbox"/> 禁背支票
	<input type="checkbox"/> 取消禁背支票 (選取本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)	(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												

受益人: _____ (親自簽名) _____ (親自簽名) _____ (親自簽名)

法定代理人: _____ (親自簽名) _____ (親自簽名) _____ (親自簽名)

(監護人) _____



同意查詢聲明書

茲因申請國泰人壽保險股份有限公司（下稱國泰人壽）保險給付之需要，由立同意書人以事故者（姓名：_____，生日：____年____月____日生，

身分證統一編號：_____）之本人父母配偶子女繼承人

（關係：_____）之身分，請 貴醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位，協助國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、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、投保資料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。

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位

（本同意書同意由國泰人壽影印後使用，影印本與正本具同等效力）。

※下列欄位須立同意書人/法定代理人/監護或輔助人親自簽章

立同意書人簽章：_____ 蓋章 身分證字號：_____ 電話(或手機)號碼：_____

事故者白天易晤地址：_____ 電話(或手機)號碼：_____

法定代理人/
監護人或輔助人簽章：_____ 蓋章 身分證字號：_____

（立同意書人為未成年且未婚/為受監護或輔助宣告人者）

地址：_____ 電話(或手機)號碼：_____

相關法令摘要：

1. 醫療法第 71 條：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔。」
2. 行政院衛生署 96 年 3 月 27 日衛署醫字第 0960012310 號函：「…同意書之格式，醫療法並未限制，惟應具體載明委託意旨及範圍。爰無論係由醫療機構提供，或係保險公司自行製作之同意書格式，如符合前開之原則，均無不可。」

中 華 民 國 年 月 日



300005



00003