

申請資料	事故人	身分證字號	出生日期	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 個人險 <input checked="" type="checkbox"/> 團體險	旅行平安險保單號碼：				
	申請項目： <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 殘廢 <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"/> 其他 <input type="checkbox"/> 收據差額證明 ※申請身故或完全殘廢等保險金而契約終止時，如保險單已遺失，本人聲明於申請前述保險金之日起作廢。 ※事故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 <input type="checkbox"/> 被人毆打 <input type="checkbox"/> 其他：				
	處理單位	分局/派出所	處理員警	聯絡電話		
給付方式	※給付方式未勾選、填寫有誤或不完整者，本公司得逕行改以禁止背書轉讓支票給付。 ※下述帳戶確為本人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯/退匯時，概由本人自行負責。					
	給付方式	<input type="checkbox"/> 支票(外幣保單限匯款方式)	寄送方式	<input type="checkbox"/> 下方聯絡地址 <input type="checkbox"/> 請送件業務員轉交 <input type="checkbox"/> 團險件請由要保公司轉交		
		<input type="checkbox"/> 匯款(請正楷詳填下列資料)	匯款至	<input type="checkbox"/> 受益人之帳號 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人/監護人之帳號		
	戶名					
	金融機構	<input type="checkbox"/> 郵局/	銀行	分行	分行代碼	
	帳號					
	外幣保單另請提供					
	英文戶名			英譯銀行名稱		
	通匯代號 SWIFT Code			英譯銀行地址		
	OIU 保單另請提供					
受款人國籍			E-Mail			
英譯受款人地址						
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(以下簡稱本人)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，就本人個人病歷、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 貴公司與本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. 本人茲委任「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，本人同意 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，本人(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。					
簽章欄與聯絡資料	被保險人(事故人)/ 受益人： <input checked="" type="checkbox"/> 【請簽章】					
	法定代理人/監護人/輔助人： 【請簽章】 身分證字號：_____					
	聯絡地址：(郵遞區號 _____)					
	聯絡電話：_____ 行動電話：_____					
業填務寫欄	業務員/保險代理人/ 保險經紀人	忠倫保經	登錄證號/ 員工編號	行動電話		
	業務員 所屬單位	請簽名	收件單位 受理欄	理賠號碼		
		請蓋章				



※填寫完成後，請連同應檢附文件掛號郵寄至
 (40757)台中市西屯區臺灣大道三段 658 號 14 樓保誠人壽保單文件作業收

同意查詢授權聲明書

茲因申請保誠人壽保險股份有限公司（下稱保誠人壽）保險理賠給付之需要，立聲明書人_____（下稱本人）為保險契約被保險人_____之本人受益人法定代理人監護人 / 輔助人其他：_____，同意並委託保誠人壽指派之人員向 各醫療院所、警察機關（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、監理機關、地方法院檢察署、壽險公會、保險公司或其他相關單位，索引、查詢（含配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之掛號行為）、調閱、抄錄、影印被保險人_____（身分證字號：_____，出生日期：_____年____月____日）自契約生效日_____年____月____日前五年內迄本同意查詢授權聲明書簽章日為止之就診且不限科別之特定疾病的相關病歷資料（病名：_____）或本案事故資料以為參證之用。上述欄位如有空白，本人同意委由保誠人壽人員代為填寫，本人並同意保誠人壽就本同意查詢授權聲明書得影印使用，其影本與正本具同等效力。

此致

各有關醫療院所、警察機關、消防機關、監理機關、地方法院檢察署、保險公司或其它相關單位

✓立聲明書人簽名蓋章：_____ 身分證字號：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽名蓋章：_____ 身分證字號：_____

（立聲明書人為未成年人或受監護宣告者或受輔助宣告者，須法定代理人/監護人/輔助人簽章，並請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件）

聯絡電話：（_____）_____ 行動電話：_____

聯絡地址：_____

日期：_____年____月____日

備註：

1. 為有助於理賠審核作業，請同時填寫本聲明書。本聲明書僅供向各醫療機構調閱病歷及向警察機關、消防機關、監理機關或地方法院檢察署等單位查證事故經過之用，不另做其他用途。
2. 部分醫院需檢附該醫院制式同意書及相關文件，理賠案件受理後若有需要將有專人與您連絡處理相事宜。