

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688臺北市大安區安和路1段29號9樓

承辦人：郭雅瑩

電話：(02)2752-7286#115

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：gracekuo@tma.tw

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國103年6月18日

發文字號：全醫聯字第1030000899號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：理賠申請書、繼承系統表、推派具領同意書(0000899A00_ATTCH2.doc、0000899A00_ATTCH3.doc、0000899A00_ATTCH4.xls)

主旨：本會會員福利團體壽險自103年7月1日起委由新光人壽保險公司承保，團體定期壽險內容為每位會員以每月100元保費，不分年齡、保額一律為定期壽險30萬元加團體意外險20萬元。

說明：

- 一、依據本會103年4月20日第十屆第四次理監事聯席會議決議，復經103年5月25日第十屆第二次會員代表大會決議通過辦理。
- 二、檢附新光人壽保險公司理賠申請書、繼承系統表。
- 三、若要推具代表申請理賠，請另填推派具領同意書。
- 四、103年6月30日以前身故會員請填寫富邦保險公司理賠申請書並於事故發生兩年內盡速辦理。
- 五、已變更指定受益人者新光人壽概括承受，無須再重新申請。

正本：各縣市醫師公會

副本： 

理事長 蘇 清 泉

裝



訂

線



14

※請詳閱次頁「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」、「給付約定事項」及「申請注意事項」說明。

員工資料	要保單位		保單號碼			
	員工姓名		部門別			
	身分證統一編號		員工代號			
事故人及申請項目	姓名		與員工關係			
	身分證統一編號					
	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 全殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病/長期看護/豁免/失能/重症燒燙傷 <input type="checkbox"/> 醫療保險金 <input type="checkbox"/> 殘廢保險金(二至十一級) <input type="checkbox"/> 其他 _____ 是否須要差額證明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(若未勾選視同否)					
事故原因	事故日期	年 月 日 時	若為意外傷害事故，請續填右側資料，以利理賠審核作業	事故地點	事故時職業	事故時工作內容
	事故(就診)原因			處理單位	地檢署 分局/派出所 員警	
	就診身分	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 其他		請簡述事故經過 ※如有媒體報導或警方資料，請一併提供。		

※申請書除虛線及底欄位視需要填載外，其餘資料請詳細填寫，以利縮短作業時間。

給付方式

※若蒙 貴公司核付保險金，同意次頁「給付約定事項」及依下列口勾選之給付方式辦理。
支票：一律開具指名受益人、禁止背書轉讓、劃線之支票；若有特殊原因欲變更者請另填寫『支票更改切結書』。
匯款：請受益人另填寫下列『金融機構匯款同意書』。

金融機構匯款同意書

立同意書人(事故者或受益人)同意 貴公司將給付之保險金匯入下列指定之金融機構帳戶(請參次頁填寫範例及說明)內，並聲明下列帳戶確為立同意書人之帳戶，若因提供之資料有誤或字跡不清造成誤匯者，概由立同意書人自行負責，且視同保險金已給付；若致無法匯款或匯款金額逾限額者，同意 貴公司一律改以支票支付，絕無異議。

戶名(受益人)	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳號(郵局需含局號)

服務人員簽章：_____ 服務人員ID：_____ 送件單位：_____ 通訊處，代號：_____

服務人員電話：_____ 送件日期：_____ 送件單位主管簽章：_____

※服務人員應見證簽章部分確為申請人本人、法定代理人本人親自簽章，如有因不實簽章致生紛爭，應負相關法律責任。

查詢同意書

立同意書人(事故者或受益人)因向新光人壽保險股份有限公司申請被保險人 _____ (____年____月____日生；身分證統一編號_____) 保險給付之需要，以保險契約受益人(與被保險人關係_____)之身分，同意貴醫療院所、健保局、檢驗所、地檢署、警察(分)局、派出所、消防、救護、產、壽險公會及各保險公司等相關機關/單位協助並提供新光人壽保險股份分公司所指派之人員調閱、抄錄、影印或詢問被保險人就診之病歷及相關資料，並聲明本同意書影本與正本具同等效力。恐口說無憑，特立此書為證。

此致 各有關醫療院所暨相關單位

※一、茲依保險單條款約定提出理賠申請，並同意 貴公司查閱被保險人就診之病歷及相關資料，並依「給付方式」欄及「查詢同意書」之內容辦理。
 二、事故人或受益人已詳閱申請書次頁「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」

要保單位蓋章：_____

此致 新光人壽保險股份有限公司

事故人或受益人簽章：_____ 法定代理人 簽章：_____
 監護人/輔助人

身分證統一編號：_____ 身分證統一編號：_____

聯絡地址：(郵遞區號_____) 聯絡(行動)電話：(____)_____

申請日期： 年 月 日 (※申請人為未成年人或受監護宣告者，併應由法定代理人/監護人/輔助人本人親自簽章)

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

新光人壽保險公司(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,請 台端詳閱:

- 一、蒐集之目的:(一)人身保險。(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
- 二、蒐集之資料類別: 台端與本公司往來之業務及契約書、申請書及經當事人同意由醫療院所等提供之必要個人資料類別為限。〔註〕
- 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。(二)、當事人之法定代理人、輔助人。(三)、各醫療院所(經當事人同意由醫療院所提供)。
- 四、個人資料利用之期間、對象、地區、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(分)公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司等相關機構。(三)、地區:上述對象所在地區。(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:依申請需求區分,本公司得採行以書面、電子郵件、傳真、電子文件等不同方式受理。
- 六、台端不提供個人資料所致權益之影響:若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時,基於健全人身保險業務之執行,保險公司將無法提供您完善的人身保險服務。

註:本公司係依法務部頒布「個人資料保護法之特定目的及個人資料類別」蒐集 台端個人資料。

申請各項保險金所需檢附文件及注意事項

一、申請各項保險金所需檢附文件一覽表

申請項目	身故		殘廢			重大疾病 首次罹患癌症	醫療			骨折未住院 津貼	失蹤 意外失蹤
	疾病 / 癌症身故	意外身故	全殘	部分殘廢 / 重大燒燙傷	重大疾病 / 首次罹患癌症		傷害醫療 / 住院醫療	癌症醫療			
理賠申請書	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
死亡證明書	●									●	
相驗屍體證明書		●									
被保險人之除戶籍謄本	●	●								●	
受益人身分證明	●	●	●		●					●	
診斷證明書 / 殘廢診斷書(殘廢)			●	●	●	●	●	●	●		
收據和費用明細表						●	●	●			
病理組織切片報告 / 相關檢驗報告	●				●						
意外傷害事故證明文件		●	●	●		●			●	●	
X光片									●		

二、申請注意事項 (理賠申請書填寫及應檢附文件說明)

- 1、本申請書適用於 團體保險件 之各項理賠保險金申請件。
- 2、本申請書填寫原則,係以事故及申請人為單位;若遇有多次事故同時申請,請分別填寫申請書。
- 3、申請書中『申請人』於身故保險理賠時係指保險單所載之身故保險金受益人,其餘如醫療保險、殘廢、重大疾病……等係指『事故者』本人。
- 4、保險金受益人為未成年人時,應由父母共同行使法定代理權(即於法定代理人欄簽章)。
- 5、因心神喪失或精神耗弱致無法處理日常事務者(如植物人),請附監護宣告裁定書並由監護人或輔助人提出申請。
- 6、申請配偶、子女之理賠,請另檢附足以證明其關係之證明文件(如:戶籍謄本、戶口名簿等)。
- 7、被保險人於台灣境外(含大陸地區)發生保險事故時,其檢附之書類需經我國駐外單位或相關程序之驗證,始得認定為有效之書類。另,書證除英、日文外,需附中文翻譯本憑辦,以利迅速處理。
- 8、檢附非中文書類時,需另附護照影本等證明文件以確認身分。
- 9、申請與「癌症」有關之理賠(如:申請重大疾病、防癌保險、),應檢附癌症病理切片或相關檢驗報告以資證明。
- 10、本人、配偶、子女因「骨折」申請意外傷害醫療保險金或殘廢理賠時,除檢附診斷證明書外,並請檢附X光片以區別骨折程度(完全骨折、不完全骨折或龜裂)及確認傷害部位。
- 11、申請「剖腹生產」手術保險金時,如係初次剖腹生產,請檢附全戶之戶籍謄本,以利迅速處理。
- 12、「失蹤」案件需先向法院辦理死亡宣告後始得憑辦。如認為極可能因意外傷害事故而死亡者,可檢附相關意外證明文件並附切結書後辦理。

三、給付約定事項

- 1、本公司給付保險金方式原則以申請人選擇之方式為給付,惟如未勾選給付方式、匯款資料不清致無法匯款,本公司一律改以支票方式給付;若因提供之資料有誤或字跡不清造成誤匯者,概由申請人(即受益人)自行負責,且視同保險金已給付。

金融機構匯款帳號填寫說明

1. 郵政存簿儲金:【請參照存摺,填寫七位局號(含檢號)及七位帳號(含檢號)】

例:客戶姓名為王大明,欲匯入七堵郵局,金融機構代號 700,局號為 0011033(含檢號),帳號為 0123456(含檢號)。

戶名(受益人)	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳號(含郵局局號)
王大明	基隆七堵郵局	700	00110330123456

2. 金融機構:【請參照存摺帳號靠左填寫,未滿欄位請留空白】

台幣帳戶:【請參照存摺帳號靠左填寫,未滿欄位請留空白】

例:客戶姓名為王小華,欲匯入新光銀行台北分行,新光銀行代號為 103,台北分行代號為 1100,帳號為 1100123456789。

戶名(受益人)	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳號
王小華	新光銀行台北分行	103	1100123456789

繼 承 系 統 表

被繼承人(即身故者)資料：

姓 名	出 生 日 期	死 亡 日 期
	民國(前) 年 月 日	民國 年 月 日

※以下系統表屬實無訛，如有偽報、遺漏或錯誤致他人權益受損害時，

繼承人願負損害賠償及有關法律責任。

(稱謂係指長子、長女、次子、次女等)

稱 謂	姓 名	稱 謂	姓 名
被繼承人			
配 偶			

中 華 民 國 年 月 日

注意事項：

「繼承人」需檢附全部戶籍謄本，以證明全體繼承人數及關係無誤。

