



# 第一保

第一保收件章

|                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |        |  |        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|--|--------|--|
| 保單號碼：                                                                                             |  | 保險金理賠申請書(人身保險專用-109.07 版)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |        |  | 第一頁共二頁 |  |
| 被保險人(事故人)姓名                                                                                       |  | 身分證號碼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 地址     |  |        |  |
| 申請項目                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 傷害日額 <input type="checkbox"/> 傷害醫療限額 <input type="checkbox"/> 住院日額 <input type="checkbox"/> 住院醫療                                                                                                                                                                                                                     |  |        |  |        |  |
| 工作內容                                                                                              |  | 電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | e-mail |  |        |  |
| 事故時間                                                                                              |  | 年 月 日 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 事故地點   |  | 事故經過   |  |
| 處理警方                                                                                              |  | 分局                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 派出所    |  | 警員姓名   |  |
|                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |        |  | 電話     |  |
| 付款                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> 匯款至本人帳戶(請檢附存摺影本) <input type="checkbox"/> 支票(禁止背書轉讓)<br><input type="checkbox"/> 同意匯款至法定代理人帳戶(限被保險人未滿 20 足歲申請醫療保險金適用,須檢附戶口名簿影本)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |        |  |        |  |
| 方式                                                                                                |  | 被保險人簽名：_____ (七歲以上須親簽) 法定代理人簽名：_____<br>匯款必填：_____ 銀行/農漁會 _____ 分行，帳號：_____，戶名：_____<br>郵局存簿儲金局號：□□□□□□—□，帳號：□□□□□□—□，戶名：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |        |  |        |  |
| 送件單位                                                                                              |  | 分公司/通訊處                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 送件人姓名  |  | 行動電話   |  |
|                                                                                                   |  | 保經代公司                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |        |  |        |  |
| 同意查詢聲明書                                                                                           |  | 茲被保險人 (民國 年 月 日生,身分證字號 _____) 因申請第一產物保險股份有限公司保險金給付之需要,由立同意書人以被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 繼承人之身分同意:<br>1. 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。2. 同意任何醫院(師)、診所、地檢署、警方、保險公司等單位,提供第一產物保險(股)公司及其所授權之查證公司調閱、抄錄或影印所有就診病歷、電腦檔案資料、與本案有關之筆錄、報告、相關資料及保險相關紀錄;恐口說無憑,特立此書為憑。此致 各有關醫院(師)、診所、地檢署、警方、保險公司。本同意書之影本與原本具同等效力。 |  |        |  |        |  |
| 蒐集個人資料告知事項暨同意書                                                                                    |  | 本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定,於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料,有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。(詳細內容請參閱本申請書第二頁所示)。(台端可自由選擇是否提供,唯若選擇不提供或是提供不完全時,本公司將可能無法提供完善之人身保險及其他服務,尚祈見諒。)本人已確實詳閱蒐集個人資料告知事項暨同意書之內容,並同意提供個人資料以供第一產物保險股份有限公司使用。                                                                                                                                                                                                                                                              |  |        |  |        |  |
| 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集處理或利用同意書                                                                         |  | 本公司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,關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理或利用,除本公司「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外,就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理或利用,將於人身保險及財產保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台端不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料,本公司將可能無法提供 台端相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。立同意書人(即被保險人)已瞭解上述說明,並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內,得為蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料,以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。立同意書人併此聲明,此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。此致 第一產物保險股份有限公司                                |  |        |  |        |  |
| <b>立同意書人對於同意查詢聲明書、蒐集個人資料告知事項暨同意書及病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集處理或利用同意書之內容已充分瞭解,並同意授權第一產物保險股份有限公司於法令規定內使用。</b> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |        |  |        |  |
| 立同意書人/申請人簽章：                                                                                      |  | 身分證字號：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |        |  |        |  |
| (若申請人為未滿 20 足歲或受監護/受輔助宣告者,則須加填法定代理人/監護、輔助人簽章,並檢附關係證明)                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |        |  |        |  |
| 法定代理人/監護、輔助人簽章：                                                                                   |  | 身分證字號：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |        |  |        |  |
| 申請日期：中華民國 年 月 日                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |        |  |        |  |