國泰人壽
Cathay Life Insurance

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

會員團體意外險公告

國泰人壽承接 109 年度 4 月 1 日零時起，為期一年的團體保險，未來的相關服務，將由林信良/業務經理、紀妤姍/業務主任，為貴公會服務。

109 年度團體保險內容：

保障項目	保額	備註
意外傷害險	30 萬	意外身故總給付
意外傷害失能給付	1.5~30 萬	依失能等級表(11 級 80 項)給付
傷害限額	3 萬	因遭受意外傷害事故。並接受治療者。依收據正本或副本給付
傷害住院日額	600 元	因意外傷害事故住院，每次事故最高給付 90 日
骨折未住院	最高 1.8 萬	依骨折別日數表給付

理賠流程及應備文件：

理賠申請請洽服務窗口

理賠申請書、診斷證明書、收據(正、副本皆可)、X 光片(骨折需附)、帳戶影本

國泰人壽除了提供團體保險的內容外，還有以下的服務項目可以提供給會員，若有需要服務的地方請跟服務窗口聯繫，謝謝!

1. 強制險、第三責任險、火險、地震險、旅平險…等申辦
2. 各家保險公司的保單彙整
3. 各家保險公司的理賠申請
4. 國泰世華信用卡申辦
5. 國泰世華開戶申辦
6. 國泰證卷開戶申辦
7. 國泰保戶子女獎學金申請
8. 兒童繪畫比賽申請

國泰人壽服務窗口

林信良/業務經理　紀妤姍/業務主任

0955-943-216　0963-007-881

團險專用

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	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	□本人□子女 □父母 □配偶□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._____ 2._____ 3._____ / ___ ___ ___
(＊)員工住所地址	□□□			由服務人員或窗口填寫
(＊)員工聯絡電話	( ) 分機	手機	電子郵件	
(＊)事故種類	□非意外事故（疾病） □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）	□死亡□失能□重大疾病(特定傷病)□醫療□防癌□定期給付(生活扶助、失能生活金)□津貼(生育)□長期照顧 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，詳細說明參國泰人壽官網法令公告專區。			

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

(＊)保險金領取方式（未勾填給付方式者，一律以禁背支票支付）

□**匯撥至法定代理人之帳戶**。(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。)

□**匯撥至受益人指定之下列帳戶**。□**匯撥至受益人「一指通」所指定之帳戶**。(即免填下列帳戶資料)（如**員工眷屬申請「醫療給付」**，可選擇匯撥至員工帳戶，並**須填下方眷屬醫療保險金指定匯款同意書**）

□**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			帳號	

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：_____

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書(特種個資同意書)

立書人已詳閱並瞭解下方**【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：　受益人與事故者關係：□本人 □配偶 □子女□父母 □其他

（親簽）　　（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。

法定代理人(監護人或輔助人)：　（親簽）

要保單位填寫欄

到職日：　年　月　日

事故日是否在職：是□　否□

確認人：　（職章）

（要保單位用印）

注意事項

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，於我國境內供本公司及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至本公司各服務中心或利用本公司免費客戶服務專線(0800-036-599)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，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兩萬元者，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. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時，如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者，受益人得依強制執行法第 12 條規定，向該執行機關聲請或聲明異議。
7. 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**。

(＊)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 ID	
聯絡電話	市話:( ) 分機		手機:	收件日期： 年 月 日	

302002　00012

108.09 版　個

團險專用

國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書附件（一）

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 （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「一指通」所指定之帳戶。**（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兩萬元者，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：**
   ◎**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
   ◎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. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時，如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者，受益人得依強制執行法第 122 條規定，向該執行機關聲請或聲明異議。
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**。
7. **【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，於我國境內供本公司及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至本公司各服務中心或利用本公司免費客戶服務專線(0800-036-599)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，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。**

受益人簽名：

_____　_____　_____

法定代理人：
（監護人）

_____　_____　_____

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。

302004　00009

108.09 版　個

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，由立同意書人以被保險人（**姓名：**　　，生日：　　年　　月　　日生，身分證字號：　　）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、產險公會、保險公司、內政部入出國及移民署或其他相關之單位或個人，協助國泰人壽指派之人員索引、查詢(包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作，或配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為)、問診、調閱抄錄或影印自本次保險事故日期起算前五年內(若本次保險事故為慢性疾病或先天性疾病者，則包含既往求診)之所有就診病歷、投保資料或其他與本次保險事故相關資料（包含書面及電腦檔案），以為參證之用。

申請身故保險金者，立書人同意國泰人壽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，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或個人

（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:_____

被保險人白天易晤地址:_____

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　　00006

104.07 版

團險專用

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 OO公司	廠區	部門	統編 1 2 3 4 5 6 7 8

(＊)事故者資料	姓名	身分證字號	出生日期	事故者與員工關係
	郭○美	A 2 2 2 X X X 4 2 6	62 年 XX 月 XX 日	☑本人☐子女 ☐父母 ☐配偶☐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.G300XXX083 2. 3.	01

由服務人員或窗口填寫

(＊)員工住所地址	106 台北市和平東路○巷○弄○號○樓				
(＊)員工聯絡電話	(02) 2755XXX9 分機	手機	0939XXX408	電子郵件	sky456@XXX.com.tw
(＊)事故種類	☐非意外事故（疾病） ☑意外事故（傷害）			(＊)申請日期	105年 XX 月 XX 日
(＊)事故說明	車禍			(＊)事故日期	105年 XX 月 XX 日
(＊)申請保險金類別（可複選）	☐死亡☐殘廢☐重大疾病(特定傷病)☑醫療☐防癌☐定期給付(生活扶助、殘廢生活金)☐津貼(生育)☐長期照顧				

意外事故地點	永和區永貞路水源街口	工作內容	上班途中
意外事故經過	停等紅燈被後方來車追撞		

若有報案者才需填寫

報案單位	永和派出所	報案日期	105 年XX月XX日	承辦員警	杜○儀	電話	(02)2921-4229

(＊)保險金領取方式（未勾填給付方式者，一律以禁背支票支付）

☐**匯撥至法定代理人（或監護人）之帳戶。**（受益人為**未成年人**或**受監護宣告人**時，得選擇匯款至法定代理人或監護人之帳戶，並於本公司將款項匯入法定代理人或監護人帳戶時，視為已對受益人給付。）

☑**匯撥至受益人指定之下列帳戶。**☐**匯撥至受益人「一指通」所指定之帳戶。**（即免填下列帳戶資料）（如**員工眷屬申請「醫療給付」**，可選擇匯撥至員工帳戶，並**須填下方眷屬醫療保險金指定匯款同意書**）

☐**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	郭○美									身分證字號	A222XXX426
金融機構（分行）	○○銀行 ○○分行（名稱）	分行通匯代號	0	X	X	X	X	X	X	帳號	1003XXXX2489

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：_____

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書(特種個資同意書)

立書人已詳閱並瞭解下方**【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：** 受益人與事故者關係：☑本人 ☐配偶 ☐子女☐父母 ☐其他

（親簽）郭○美　　（申請意外、疾病醫療、殘廢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。

法定代理人(監護人或輔助人):　　（親簽）

要保單位填寫欄

到職日：100 年 7 月15 日

事故日是否在職：是☑　否☐

確認人：莊○麟　（職章）

公司關防（要保單位用印）

注意事項

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，於我國境內供本公司及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至本公司各服務中心或利用本公司免費客戶服務專線(0800-036-599)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，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兩萬元者，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. 受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時，如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者，受益人得依強制執行法第 12 條規定，向該執行機關聲請或聲明異議。
7. 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。**

(＊)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	王○偉	單位代號	A○100XX	送件人 ID	B 1 2 3 X X X 5 1 9
聯絡電話	市話:(02) 232XXX46 分機 10XX			手機:0952XXX124	收件日期:105 年XX 月XX 日

由本公司服務人員填寫。

服務中心作業區(可複選)：☐國壽團險 ☐原國寶團險 ☐原幸福團險

302002　00009

105.04 版

個