

凱基人壽理賠申請書

※本申請書所填寫之個人資料及聯絡方式僅供本次理賠申請使用，各項保單基本資料如需異動請另行向本公司提出申請。

保單號碼		☐ 個險 (可填多張) ☐ 團險 (可填多張)					
事故人/被保險人姓名 王大明		事故人/被保險人身分證字號 A22345XXXX		事故人/被保險人出生日期 61 / 10 / 10			
※ 申請團體保險理賠請一併填寫以下欄位							
投保員工姓名 王大明		投保員工身分證字號 A22345XXXX		投保員工出生日期 61/10/10		與被保險人關係 本人	
申請項目		☐ 身故 ☐ 教育年金 ☐ 失能 ☒ 重大疾病 ☐ 特定傷病 ☐ 重大燒燙傷 ☐ 一般醫療 ☐ 豁免保費 ☐ 長期照護 ☐ 其他 _____ ※ 理賠申請所需文件及相關注意事項，敬請參閱背面說明。					
意外事故詳情說明		事故日期		/ /		事故時職業	
		事故地點				報案日期	
		是否報案		☐ 無 ☐ 有		承辦員警	
		報案警局				聯絡電話	
意外事故經過說明							
保險金給付方式		☐ 匯款：帳戶係 ☒ 受益人 ☐ 受益人之法定代理人/監護人/輔助人所有 ☐ 同前次理賠申請帳戶					
		戶名： 王大明			帳號請參照存摺，由左至右填寫(含科目、檢查碼)或提供存摺影本		
		兆豐 銀行/農會/信用合作社/漁會/郵局 三重 分行(請參照存摺)			123456654321		
		提醒您：1. 請依存摺號碼由左至右填寫，空格不補0。 2. 郵局帳號請先填寫局號再填帳號；帳號為七位數字，局號及七位帳號(含檢號)共十四位數字。 3. 若受益人不只一人時，可檢附匯款帳號資料影本(如存摺影本)。 4. 倘若戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司將照會補全，可能延誤給付時效，敬請詳填匯款資料。 5. 外幣保單須填寫與外幣帳戶相同的英文姓名，並需檢附外幣存款帳號之證明文件影本。					
要保人(團體保險請加蓋單位章)		※個人資料保護、美國「外國帳戶稅收遵從法案(FATCA)」及臺灣「金融機構執行共同申報及盡職調查作業辦法」聲明暨同意事項※					
		☒ 本人(受益人/事故人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療紀錄及病歷個人資料。					
		☒ 本人(受益人/事故人)同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。					
		☒ 本人(受益人/事故人)聲明已收受、審閱、知悉並瞭解「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」之全部內容(如理賠申請書第二頁所示)。					
		☒ 若申請項目為身故保險金時，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。					
送件單位填寫欄		☒ 本人聲明並確認本申請書資料填寫正確無誤，並同意 貴公司依上述指定方式匯款或交付支票後，即視為已履行保險金給付義務。若有因匯款帳戶填寫錯誤、變更、撤銷等原因致貴公司無法順利付款，遲延責任概由本人負擔，與 貴公司無涉。					
登錄證字號： 姓名： 聯絡電話： 單位/代號： 保經代公司送件，請填寫完整經攬代號(數字及英文字母) 銀行證券理專送件，請填寫銀行/證券名稱及分行/分公司名稱		☒ 本人聲明已知悉給付具有保單現金價值且非屬排除帳戶，應遵循美國「外國帳戶稅收遵從法案(FATCA)」及臺灣「金融機構執行共同申報及盡職調查作業辦法」之規定，配合 貴公司通知填寫「FATCA及CRS客戶自我聲明書暨個人資料同意書」。					
		☐ 本人欲申請身故/完全失能保險金，如保險單已遺失(或毀損)，故聲明作廢，日後如該保險單遭他人冒用或其他原因損及 貴公司權益，或涉及金錢、法律及其他糾紛時，概由本人負全部責任。(同意者請勾選，未勾選者視為不同意)					
凱基人壽受理欄		受益人/事故人 簽章： 王大明 身分證字號： A22345XXXX 法定代理人/監護人/輔助人 簽章：_____ 身分證字號：_____ (受益人為未成年人、受監護或輔助宣告時，應由法定代理人/監護人/輔助人簽章)					
		理賠聯絡地址： ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ 台北市信義區莊敬路5X號					
		聯絡電話：(02)- 2568XXXXX 行動電話： 0912XXXXXX ※請填寫行動電話者，本公司於理賠受理及結案時將以簡訊通知。 ※為確保您的權益，上開欄位請務必詳填完整。 ※如受益人不只一人時，均須簽名並註明身分證字號、聯絡地址。					
理賠號碼		中華民國 113 年 1 月 15 日					
(本欄位由櫃檯受理人員填寫)							



凱基人壽保險股份有限公司

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

凱基人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項之規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

- (一) 001 人身保險
- (二) 059 金融服務業依法令及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用
- (三) 085 旅外國人急難救助
- (四) 090 消費者、客戶管理與服務
- (五) 095 財稅行政
- (六) 181 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別：

- (一) 識別類：(C001)辨識個人者；(C002)辨識財務者；(C003)政府資料中之辨識者。
- (二) 特徵類：(C011)個人描述；(C012)身體描述；(C013)習慣。
- (三) 家庭情形：(C021)家庭情形；(C023)家庭其他成員之細節。
- (四) 社會狀況：(C031)住家及設施；(C032)財產；(C033)移民情形；(C038)職業；(C040)意外或其他事故及有關情形；(C041)法院、檢察署或其他審判機關或其他程序。
- (五) 教育、考選、技術或其他專業：(C051)學校紀錄。
- (六) 財務細節：(C081)收入、所得、資產與投資；(C082)負債與支出；(C088)保險細節；(C089)社會保險給付。
- (七) 健康與其他類：(C111)健康紀錄(醫療、病歷、健康檢查)(C114) 交通違規之確定裁判及行政處分。其他詳如本申請書或同意函所載內容。

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(四) 警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：

- (一) 期間：本保險契約之有效期間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、財團法人金融消費評議中心、作業委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、我國權責主管機關。
- (三) 地區：上述對象所在之地區。
- (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. 查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 2. 請求補充或更正。
 3. 請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二) 行使權利之方式：書面。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理，因此可能延後或無法提供 台端相關服務或給付。

保險契約用詞異動對照表

※為符合身心障礙者權利公約精神及配合107年6月13日修正之「保險法」部分條文，本公司保險契約之用詞依下表調整，保戶權益不因相關用詞調整而受影響。

原用詞	新用詞
殘廢	失能
死殘	死亡及失能
全殘	完全失能
腦中風後殘障	腦中風後障礙
殘障	機能障礙
殘缺	缺損
殘扶	失能扶助
殘疾	疾病失能
傷殘	傷害失能
失能	喪失工作能力
精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者	受監護宣告尚未撤銷者