

## 理賠應備文件

理賠申請應備文件	給付項目	
	意外身故	意外失能
1.理賠申請書	○	○
2.被保人身份證明函稿	○	○
3.存摺影本	○	○
4.交通事故當事人登記聯 (非交通意外事故免附)	○	○
5.診斷證明書(正本)		○
6.死亡證明書(正本)或相驗屍體證明書	○	
7.被保人除戶戶籍謄本	○	
8.全體受益人三個月內戶籍謄本或其他身分證明文件(如：最新且有詳細記事之戶口名簿)	○	
9.繼承人授權聲明書	○	
10 稅務居民身分自我證明(個人)	○	

### 注意事項

- 1、 所有檢附文件請務必用正本，請勿用影本。
- 2、 理賠申請書中(\*)的部份請務必填寫完整。
- 3、 若本公司需要其他證明文件，請受益人配合提供。
- 4、 文件齊全之後，請承辦人發文並郵寄至本公司。

收件人：林青志 (團險部)電話：(02)2752-7899#2319

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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 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. _____		_____		
(*)員工 住所地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病) <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 防癌 <input type="checkbox"/> 定期給付(生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 津貼(生育) <input type="checkbox"/> 長期照顧 <small>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,詳細說明參閱國泰人壽官網法令公告專區。</small>											
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 付方式者背 律以支票支 付)	<input type="checkbox"/> 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。)											
	<input type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶。 <input type="checkbox"/> 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)											
	<input type="checkbox"/> 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				
<b>眷屬醫療保險金指定匯款同意書</b>												
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: _____												
<b>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)</b>												
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: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 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。) <b>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。</b>												
法定代理人(監護人或輔助人):						(親簽)						
<b>要保單位填寫欄</b>												
到職日:	年	月	日									
事故日是否	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>								
確認人:	(職章)											
(要保單位用印)												
<b>注意事項</b> 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,會在我國境內被處理及利用外,僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內,以符合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逾新臺幣兩萬元者,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			



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。  
 4. 申請身故保險金時,如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者,受益人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。  
 5. 受益人依強執行符合第122條免辦規定,向該執行機關申請或聲明異議。  
 6. 或在職證明,惟針對醫療保險理賠部分,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. 業務稽核除再保險業務外,服務符合相關法規之需要,會在我國境外處理及利用外,僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定本業務期間內,服務於本公司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



# 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

## 稅務居民身分自我證明表格(個人)

身分證字號/統一證號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_

為遵守法令及因應國際趨勢，爰依我國「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)」及美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」等規定，請 您據實回覆下列詢問事項，並提供相關身分證明文件。

※請注意本文件非稅務或法務之建議，國泰人壽亦無法提供稅務或法務之意見。如果您對本文件有任何稅務或法務上之問題，請諮詢稅務、法律和/或其他相關專業人士。

## 第一部份 稅務居民身分及現居地資訊

1. 請勾選您具有的稅務居民身分(可複選，至少須勾選乙項，如您具有多個稅務居住國家/地區，請據實勾選並全部揭露；未勾(填)選之選項，即代表聲明您不具該國家/地區之稅務居民身分)：

具中華民國稅務居民身分(如僅勾選此項，代表未具有美國、其他國家地區或重疊國家/地區之稅務居民身分。)

具美國稅務居民身分(如：國籍為美國/持有綠卡/美國公民/為通過居留測試的美國稅務居民等)

(勾選本項者，如未曾檢附FATCA聲明書及W-9表格，本次請一併檢附；已檢附者請打勾)

具其他國家/地區稅務居民身分(勾選本項者，請完整填寫整份表單)

2. 現居地址(不得為郵政信箱或公司地址)：

(1) 現居國家/地區： 中華民國  其他國家/地區\_\_\_\_\_

(2) 地址：\_\_\_\_\_

## 第二部份 如您具其他國家/地區稅務居民身分，請完整填寫本大項

3. 請勾選您的國籍(可複選，無護照號碼者可免填該欄資訊)：

中華民國

國家/地區：\_\_\_\_\_ 護照號碼：\_\_\_\_\_

國家/地區：\_\_\_\_\_ 護照號碼：\_\_\_\_\_

4. 出生日期：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

5. 出生國家/地區： 中華民國  其他國家/地區\_\_\_\_\_ 出生城市：\_\_\_\_\_

6. 其他國家/地區稅籍資料(請列出除中華民國及美國以外，具有稅務居民身分的居住國家/地區及稅籍編號，並提供下列資料)：

(1) 具有稅籍的居住國家/地區。

(2) 該居住國家/地區發行予個人的稅籍編號(TIN)。

※請列出所有(包括但不限於下列5個)居住國家或地區，倘超過5個居住國家/地區，請提供獨立的工作表格。

※倘未提供稅籍編號，請填寫合適的理由：

理由A：該居住國家/地區未核發稅籍編號。

理由B：個人無法取得稅籍編號(填寫此理由者，請說明無法取得稅籍編號原因)。

理由C：個人毋須提供稅籍編號。(限該居住國家/地區國內法未要求蒐集稅籍編號)。

序號	具稅籍身分之 居住國家/地區	稅籍編號	如未提供稅籍編號， 請勾選理由A、B或C	選取理由B者，請說明理由
1			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
2			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
3			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
4			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
5			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	

請提供以下「英文資料」：

姓氏：\_\_\_\_\_ 名字：\_\_\_\_\_

出生地：國家\_\_\_\_\_ 城市：\_\_\_\_\_

現居國家：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

現居地址：\_\_\_\_\_

(續背面)



470001



10802

# 聲明事項

- 本人證明，就與本文件所有相關之保險契約，本人確為該保險契約之要保人/受益人。
- 本人已審閱、瞭解且同意國泰人壽為以下目的：
  - (1) 相關服務及執行、公司內部控制及稽核業務之需要及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
  - (2) 遵循「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)」及美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」。蒐集本人的個人資料，並備存本文件所載資料。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，提供國泰人壽、國內稅務機關、美國國稅局(IRS)及因以上目的作業需要之第三方處理及利用，國內稅務機關亦可能依據國際相關規定從而把資料轉交到本人的居住國家或地區的相關主管機關。  
註：您可以至國泰人壽各分支機構或利用國泰人壽客戶服務專線(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，惟國泰人壽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，國泰人壽可能因此遲延處理或無法接受申請；且依據「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」規定，倘客戶未依循辦理，將被列為「不合作帳戶」。
- 本人茲聲明上述文件所載資料均正確無誤且為最新資訊，若與國泰人壽既存資料不相符者，同意以本文件表格之內容更新既存資料，倘情況有所變更，以致影響本文件之資訊或導致本文件所載資料不正確，將於變更日起30日內主動通知國泰人壽並提交一份已適當更新的自我證明。

立書人親簽：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人親簽：\_\_\_\_\_  
(立書人為未滿20歲且未婚/有監護人或輔助人者，法定代理人/監護人/輔助人須簽名)

簽署日期：西元/中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

※提醒：明知回答內容具誤導性、虛假或不正確，足以影響稅務居民身分之判斷，仍作出該項陳述，可能依國內外相關法令負相關法律責任等。

-----以下由服務人員填寫-----

## ◆ 合理性檢視：

- 是 自我證明稅籍資訊一致。
- 否 具不相符之處：稅務居民身分(具稅籍國家)為\_\_\_\_\_，與國籍出生國家現居國家\_\_\_\_\_不一致，經保戶說明原因\_\_\_\_\_並提供相應之證明文據後，確認此份為最新且正確之自我證明文件。

## ◆ 保戶是否具有美國指標(出生地為美國) (第1題未勾選「具美國稅務居民身分」者需填寫)：

- 無美國指標  有美國指標

如保戶具有美國指標，應提供下列身分證明文件：

- (1) FATCA 聲明書及 W-8BEN 表格 (本次已檢具請打勾 )。
- (2) 文件證據，含：非美國政府機關核發之身分證件影本、喪失美國國籍資格之證明 (本次已檢具請打勾 )

本人已依自我證明表格聲明內容確認保戶身分資料無誤，並如實填答以上問題及提供所需文件。			
服務人員		登錄證/ID	
		聯絡電話	
		E-mail	@cathaylife.com.tw

服務中心受理 單位覆核		服務中心受理 單位經辦	
----------------	--	----------------	--



# 繼承人聲明書

立書人等茲以 貴公司保單號碼 \_\_\_\_\_ 號等 \_\_\_\_\_ 件保險契約之  要保人  被保險人  受益人 之全體法定繼承人身分，共同聲明下列事項：

- 一、立書人等確係第一優先順位之全體法定繼承人，並無其他同順位或優先順位之法定繼承人存在。
- 二、授權 \_\_\_\_\_ 代為辦理前揭保險契約  退還未到期保險費  被保人未領取之醫療保險金  \_\_\_\_\_ 保險金之相關申請手續。
- 三、倘日後另有他人出面主張前揭保險契約之權利時，立書人等願負連帶責任，將已領得之上述款項全部返還，並加計自領取日起至返還日止，依法定利率計算之利息，如 貴公司因此受有任何損害（包括但不限於 貴公司所支出之律師費及訴訟費），並應負賠償責任。

此致 國泰人壽保險股份有限公司

## 個人資料保護法應告知事項

國泰人壽係為評估理賠義務之履行、辦理再保險、海外急難救助、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料。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，於我國境內供國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務中心或利用國泰人壽免費客戶服務專線(0800-036599)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，惟國泰人壽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，國泰人壽將可能延後或無法辦理您的理賠申請。

單位主管
服務人員
已確認立書人等係親自簽名無誤： <input type="checkbox"/> 電訪(日期： / / ) <input type="checkbox"/> 親自核對

立書人： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

身分證字號： \_\_\_\_\_

監護人/輔助人： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

身分證字號： \_\_\_\_\_ (多人時請並列填寫)

(立書人為受監護或輔助宣告之人，須監護人/輔助人簽名同意)

註：服務人員如為業務員，限以親自核對方式辦理。

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日