# 國際康健人壽保險股份有

Cigna

請勾選申請類型

保 險

請填寫所要申請的保單號碼

□首次申請 □續賠申請 □臨櫃申請

請填寫事故人之姓名及身分證號

保單號碼：

被保險人：

身分證字號 □□□□□□□□□□

戶籍地址：

請填寫事故人的戶籍地址

職業/職務

請填寫事故人事故發生時的職業

**申請項目**

□醫療 □癌症/重大疾病/特定傷病 □失能(2-11 級) □完全失能 □豁免保費 □身故 □其他：________

**※配合 險法部分修正條文，自 107 年 06 月 15 日起「殘廢」調整為「失能」等 詳細說明請 閱康健人壽官網→資訊公開→法令公告專區。**

請勾選申請項目

請勾選給付方式，若選擇匯款，請務必正確填寫銀行名稱、分行、戶名及帳號

**付方式**

□匯款 銀行名稱：________ 分行名稱：________

帳戶姓名：________ 帳號：□□□□□□□□□□□□□□

請勾選事故原因

**※ ，限被保險 不全，本公司將改以支票給付**

若事故原因為意外，請詳細填寫下面事故日期、地點及勾選或填寫事故原因；事故發生時，若有報警處理，請註明報案單位、承辦警員姓名及連絡電話

**事故原因**

□疾病 □意外

**提醒您，您所申 ，亦未涉及保單條款之除外責任項目，始符合保險理賠範圍。**

事故日期：民國 年 月 日 時 就診身分 □健保 □自費 □其他________

意外事故地點(地址)：________(□住處 □工作地點 □其他：________)

意外事故原因：□車禍（報案單位：________ 承辦警員：________ 電話：________)

□廚房切割傷 □其他切割傷 □鬥毆 □高處墜落 □落水 □火災 □工作機械 傷

□異物擊中 □中毒(物品或氣體名稱________) □高熱腐蝕物灼傷 □

□其他(請詳述：________)

若求診醫院或診所不只一家，請按照求診先後順序填寫

曾就診之醫院/診所(請依求診順序填寫)：________、________、________、________

★□申請癌症/重大疾病/特定傷病/完全失能或身故保險金，因保險單遺失，本人聲明保險單作廢。**（同意者請勾選）**

申請項目需要檢附保險單而保險單已遺失時，請於此處打勾聲明作廢

**同意聲明事項** ，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 相關單位之死亡通報系統進行比對。

## <康健人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項>

國際康健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(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（○○一）；(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（一八一）**二、蒐集之個人資料類別：**(一)姓名；(二)身分證統一編號；(三)地址等聯絡方式；(四)病歷、醫療、健康檢查；(五)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。**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)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。**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：本公司及本公司海外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、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。(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.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：以書面或其他日後可供證明之方式(如：書面、電子郵件、傳真、或電子文件等)。**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作業，因此可能遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

## <康健人壽病歷、醫療、健康檢查個人資料蒐集、處理或利用

本人（被保險人）同意國際康健人壽保險股份有限公司基於人身保險業務需要，得依據個人資料 第二項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送予有 辦理再保險核保或理賠業務 療及健康檢查個人資料。

事故人或受益人為未成年人、受監護宣告之人時，法定代理人或監護人亦須簽章

請事故人或受益人簽章

請務必簽章

**★被保險人/受益人簽章：**________ **★法定代** ________

（醫療保險金受益人為被保險人本人；另如簽章者為未成年人，除本 章。）

請填寫事故人或受益人之聯絡地址及聯絡電話

通訊地址：□□□________

email:________ 聯絡電話：(  )-____ ________ 手機：________

請填寫簽章時的日期

中 國 年 月 日

| | 業務員 | 營業單位/保經/保代/受理日期 | 康健人壽受理日期 |
|---|---|---|---|
| | | | |

100 台北市中正區中華路一段 39 號 6 樓 客戶服務專線：(02)6623-3688 康健人壽網址：http://www.cigna.com.tw 2019.03 版

受限制資料，屬康健人壽機密且未經公開之資料，未經授權不得重製或散布。©康健人壽版權所有