

附件一

慰問金申請書(非國壽保戶版)

本人(申領人)_____非國泰人壽有效個險契約保戶(要保人/被保險人)，目前擔任醫院/診所之執業人員*，因執行醫療職務罹患新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)，現向國泰人壽保險股份有限公司(下稱貴公司)申請慰問金，並聲明所檢附文件均為真實，如有不實招致貴公司損失，將返還慰問金。

*醫院/診所定義依醫療機構設置標準附表一-附表七內容為準。

*「執業人員」係指具備醫事人員執業執照之人員。

領 據

茲收受 貴公司關於新冠肺炎罹病慰問金新台幣 2 萬 元整無誤，特立此據，以資為憑。

此致

國泰人壽保險股份有限公司

申領人姓名：

身分證字號：

匯款銀行：

匯款帳號(須為申領人本人帳戶)：

電話：

中 華 民 國 年 月 日