

保險金申請書

保單號碼		申請事項 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 醫療保險金 <input type="checkbox"/> 其他_____			
事故者基本資料	姓名	身分證字號		出生日期 年 月 日	
	聯絡地址	□□□		住所聯絡電話	
	事故時職業及工作內容			行動電話	
	事故時任職地址			公司電話	
保險事故資料	事故種類	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外	事故地點	就診身分	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 其他
	事故日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分	目前體況	<input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 治療中
	請詳述事故原因及經過：			曾就診醫療院所	1. 2. 3.
	如為騎乘車之事故，請填車號：		事故時 119 救護單位：		
處理單位：(無則免填)		分局/	派出所 員警姓名：	聯絡電話：	
給付方式： <input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 支票	茲請 貴公司依本人(即申請人)選擇給付方式將保險給付金額匯入指定帳戶或開立支票寄送本人指定地址(或送件單位)後，貴公司即已履行上述事故給付義務。若因填寫資料錯誤致誤匯或支票寄送遺失時概由本人負責，並視為保險金已給付絕無異議。 【醫療及殘廢保險金之受益人為事故者本人，帳戶須為受益人(即事故者)帳戶；若受益人不只一人時請各檢附金融機構存摺影本】				
	戶名(受益人)	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳號(郵局需含局號)	
	支票寄送： <input type="checkbox"/> 同上聯絡地址 <input type="checkbox"/> 受益人指定地址(請詳填) <input type="checkbox"/> 送件單位(請詳填)				
	寄送地址：□□□		收件人：_____		
履行個人資料保護法告知義務內容	臺灣產物保險股份有限公司(下稱「本公司」)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項與第九條第一項規定，應告知下列事項，敬請 您詳閱及知悉： 一、蒐集之目的：(一)財產保險(O九三)；(二)人身保險(O〇一)；(三)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)。(以上個人資料蒐集之目的係參照法務部公告之「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」)。 二、蒐集之個人資料類別： 本公司蒐集之個人資料類別包含：識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、財務細節及健康與其他類等。(以上個人資料類別係參照法務部公告之「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」。)例如：姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，詳如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之間接蒐集情形適用)： (一)要保人/被保險人；司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構；當事人之法定代理人、輔助人；各醫療院所； (二)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、地區及方式： (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(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、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、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、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、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、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， 您就本公司保有 您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：以書面來函方式或透過客服專線(0809-068888)向本公司提出申請。 六、不提供個人資料所致權益之影響(個人資料向當事人直接蒐集之情形適用)：本公司基於上述原因而需蒐集、處理或利用您的個人資料，若 您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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 您相關服務或給付。				
	本人申請保險給付，已確認上列相關資料正確無誤，本件若由保險經紀人公司代為送件申請時，本人同意由保險經紀人公司代理簽收各項理賠通知。				
	申請人(即受益人)簽章：_____		身分證字號：_____		
	(醫療及殘廢保險金之受益人為事故者本人)				
法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____		身分證字號：_____			
【申請人為未成年人、受監護宣告或輔助宣告者應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽名同意，倘法定代理人非要保人請另檢附關係證明文件(如戶口名簿影本)】					
中華民國 年 月 日					
送件人員(即見證人)基本資料				送件單位	理賠單位收件
送件人員簽章	身分證字號	□□□□□□□□□□	電話	□□□□□□□□	□□□□□□□□
*送件人員應見證申請書上之各欄位簽章為應簽章之當事人本人親自簽章，凡代簽名或未親見簽章，致對受益人或保險公司造成損害，需依法負民、刑事及其他相關法律責任。					

【保險金申請應備文件及注意事項】

◆要保人、被保險人或受益人應於知悉意外傷害事故發生後(或本公司應負保險責任之事故後)十日內將事故狀況及被保險人的傷害程度通知臺灣產物保險公司,理賠報備請填具保險金申請書傳真(02)2371-4032。若您對理賠申請程序或應檢附文件有任何疑問,歡迎您來電(02)2382-1666 轉傷害險及健康險理賠人員,或來電免付費服務專線 0809-068-888 我們將竭誠為您服務。

應備文件一覽表

應備文件	傷害險					健康險		
	身故	殘廢	重大燒燙傷	實支實付型	住院日額型/手術	日額型住院醫療	重大疾病與特定傷病	癌症
保險金申請書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
殘廢診斷書		◎						
醫療診斷書			◎	◎	◎	◎	◎	◎
收據正本及費用明細				◎				
意外傷害事故證明文件	◎	◎	◎	◎	◎			
X光片(骨折)					◎			
相驗屍體證明或死亡診斷書	◎							
除戶戶籍謄本	◎							
受益人身分證明(身分證正反影本)	◎	◎	◎	◎	◎			
病理切片報告、相關檢驗報告							◎	◎
保險單或謄本	◎	◎					◎	◎

★依申請項目之不同,上述各文件之詳細內容,悉以保單條款約定為準。

★特殊案件資料或上述未列者,所需資料由承辦人員另行通知補全。

★查證授權原則上填具「同意查詢授權聲明書」即可,惟有部分機關、醫院及診所特殊需求時,將再通知補具單張或該醫療院所規定格式之同意書。倘立同意書人為事故人或身故受益人之法定代理人時,另請檢附關係證明(如戶口名簿影本等)。

★若係自寄申請文件,請以掛號方式郵寄。

◆申請理賠應注意事項

(一)、保險金申請書需詳填各項欄位並由受益人簽名(章),受益人簽名(章)注意事項如下:

- 申請醫療、重大燒燙傷保險金或殘廢保險金,受益人為事故人本人。
- 申請身故保險金,受益人乃依保單之指定身故受益人。
- 受益人為二十歲以下未成年時,另需法定代理人簽名(章)。
- 受益人為受監護或輔助宣告之人時,請檢附法院監護或輔助宣告裁定書及裁定登記後之監護人或輔助人戶籍謄本,由監護人或輔助人簽名(章)協助申請,受款人仍為受益人本人。
- 應簽章者不識字、手部重傷或雙目失明者,可以手印代替並另需二位見證人同時於手印旁邊簽名並註明關係。
- 對於被保險人身故前發生之應給付醫療保險金,依民法給付對象為被保險人的法定繼承人,需改由法定繼承人簽名,另請檢附「繼承系統表」及所有法定繼承人的戶籍謄本。

(二)、申請身故件之死亡原因為「解剖鑑定中」者,受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。

(三)、申請身故保險金時,若保單遺失請填寫「保險單遺失聲明書」。

(四)、申請於「國外發生事故」之理賠時,除檢附原保單條款所列文件之外,請檢附護照影本(含出、入境戳章)等證明文件以確認身分。另請提供海外相關就診之完整病歷,且各項文件需經駐外單位認證,以加速理賠處理時效。

(五)、申請身故保險金,無論身故受益人人數,僅需填寫一份申請書,並由全體受益人簽章出具。

(六)、申請手術保險金者,診斷書請載明手術名稱及部位。

同意查詢授權聲明書

因向臺灣產物保險股份有限公司申請保險給付之需要,本人以 **事故人之** 本人 父母 繼承人 (關係: _____) 之身份,同意由該公司指派人員為代理人向醫院(診所)、醫務人員、警察局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、海巡單位、地檢署、保險公司或相關單位申請索引、查詢、調閱、抄錄或影印 **事故人**(姓名) _____ (身分證字號 _____) 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起至本同意查詢授權聲明書「授權日」為止之就診且不限科別病歷資料(病名: _____)、檢查數據、電腦檔案資料或本案事故資料以為參證之用。

本人同意由臺灣產物保險股份有限公司影印後,逕填入欲查之機關名稱或個人姓名,以影本交付其收執,此影本亦屬完全有效。

此致

各有關 醫院(診所)、醫務人員、警察局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、海巡單位、地檢署、保險公司或相關單位

立同意書人: _____ [簽名並蓋章] 身分證字號: _____

法定代理人: _____ [簽名並蓋章] 身分證字號: _____

(立同意書人為未成年人、受監護宣告或輔助宣告者應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽章同意)

聯絡地址:

聯絡電話:

授權日: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※【本授權書有效期限為自授權日起三個月】