

(光) 新光產物保險 傷害健康保險金申請書

新申請 續賠件

標註(*)欄位請務必填寫完整

被保險人基本資料

賠案編號 _____

| | | | | | |
|------|-------|----------------|--|--------------|--|
| 保單號碼 | | (*)姓名 | | (*)身分(居留)證字號 | |
| 出生日期 | 年 月 日 | (*)目前服務單位/工作內容 | | | |

事故/疾病發生概述 (一張申請書限申請一次事故)

| | | | |
|---------|---|---------|--|
| (*)事故日期 | 年 月 日 時 | (*)事故地點 | |
| (*)申請項目 | <input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input type="checkbox"/> 意外醫療保險金 <input type="checkbox"/> 健康醫療保險金 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | |

(*)事故或病發經過說明(請詳述事故發生原因,何時發生,經過情形,務必據實填寫,以免影響權益)

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 由警方處理 | _____分局 _____派出所 _____員警, 電話: _____ | 是否投保其他家傷害(健康)保險? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 投保公司為 _____ |
|--------------------------------|--|---|

調查同意暨聲明書

1. 本人(被保險人)同意新光產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
2. 本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線,並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考,但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠,不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
3. 立同意書人因向新光產物保險股份有限公司(下稱新光產物)申請被保險人 _____ (_____年 _____月 _____日生;身分證號 _____) 保險給付之需要,以保險契約受益人(與被保險人關係 _____) 之身分,同意貴醫療院所、健保署、檢驗所、地檢署、警察(分局)、派出所、消防、救護及各保險公司等相關機關/單位協助並提供新光產物所指派之人員調閱、抄錄、影印或詢問被保險人(病名: _____) 之就診且不限科別之相關病歷、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。
上述欄位如有空白,立同意書人同意委由新光產物職員代為填寫,並聲明:立同意書人同意並委託新光產物就本同意書為影印使用且本同意書之影本與正本具同等效力。
4. 立同意書人已詳閱新光產物保險公司所提供之「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」,並同意新光產物於理賠目的及法令許可範圍內,蒐集、電腦處理及利用本人之個人資料,並將前開資料轉送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、財團法人保險犯罪防制中心及財團法人保險事業發展中心建立電腦連線資料。
5. 若提出身故理賠時,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,立同意書人(受益人)同意新光產物將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

此 致 新光產物保險股份有限公司及各有關醫療院所暨相關單位

(*)立同意書人

即被保險人/受益人: _____ 法定代理人/監護人: _____

身分(居留)證字號: _____ (簽章) 身分(居留)證字號: _____ (簽章)

※未成年人或受有監護宣告者,法代/監護人欄位請務必填妥。

申請日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | |
|---------|-------------|
| (*)聯絡地址 | (*)聯絡(行動)電話 |
| | E-MAIL |

付款方式

(*)若蒙貴公司核付保險金,同意依下列勾選之給付方式辦理。

1. 匯款至被保險人或受益人帳戶。
2. 匯款至法定代理人/監護人帳戶。
 且經*另一法定代理人/監護人 _____ (簽章) 同意授權予該法定代理人受領保險金。
 並檢附足以證明關係之證明文件(如:戶謄、監護裁定等)。(此限被保險人為未成年人或受有監護宣告者)

*請檢附「存摺封面」影本

| | | | |
|------|---------|-----------|----|
| 戶名 | 金融機構及分行 | 金融機構及分行代號 | 帳號 |
| | 銀行 分行 | | |
| 送件單位 | 送件人姓名 | 聯絡電話 | |

理賠申請檢附文件一覽表

| 項次 | 申請項目/文件 | 保險金 | | | | 本次所檢文件 請勾選確認 |
|----|----------------------------|-----|----|------|------|-----------------|
| | | 身故 | 失能 | 意外醫療 | 健康醫療 | |
| 1 | 保險金申請書正本 | V | V | V | V | |
| 2 | 死亡證明書或相驗屍體證明書正(副)本 | V | | | | |
| 3 | 公立或指定醫院出具之失能診斷證明正(副)本 | | V | | | |
| 4 | 被保險人除戶戶籍謄本 | V | | | | |
| 5 | 受益人之身分證明(未成年者另附法定代理人之身分證明) | V | V | V | V | |
| 6 | 醫院記載入出(加護)病房醫療診斷書正(副)本 | | | V | V | |
| 7 | 醫療診斷書或住院證明正(副)本 | V | V | V | V | |
| 8 | 醫療費用收據正(副)本 | | | V | | |
| 9 | 印有姓名、日期之影像光碟 | V | V | V | V | |
| 10 | 警方處理紀錄 | V | V | V | | |
| 11 | 門診、出院病歷摘要 | V | V | V | V | |
| 12 | 病理切片/檢驗報告 | V | V | V | V | |
| 13 | 受益人個人金融帳戶存摺封面影本 | V | V | V | V | |
| 14 | 其他本公司認為必要之文件 | V | V | V | V | |

※以上表列正(副)本字樣係指該項文件須經出具單位開立並用印，自行翻印視同無效。

※因每案事故原因及傷況不同，結案文件仍需與理賠人員確認為準。

| 身分證正面影本(請浮貼) | 身分證反面影本(請浮貼) |
|--------------|--------------|
| | |

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司（下稱本公司）依個人資料保護法（下稱個資法）第6條第2項、第8條第1項（如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集目的：

- (一) 財產保險（〇九三）。
- (二) 人身保險（〇〇一）。
- (三) 消費者、客戶管理與服務（〇九〇）。
- (四) 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、蒐集個人資料之類別：

包括但不限於姓名、身分證統一編號（護照號碼或居留證號碼）、出生年月日、住址、聯絡方式（電話號碼、行動電話、電子郵件地址）、病歷、醫療、健康檢查、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及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間接蒐集之情形適用）：

- (一) 要保人／被保險人。
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。
- (三) 當事人之法定代理人、輔助人。
- (四) 各醫療院所。
- (五) 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、利用之期間、對象、地區及方式：

(一) 期間：個人資料蒐集特定目的存續期間、提供金融商品或服務契約期間、因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。

(二) 對象：

- 1、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、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。
- 2、與本公司簽訂契約之保險代理人／保險經紀人及因辦理財產保險相關業務需要之第三方。
- 3、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。除法令規定本公司必須進行之通報作業、提供資料予公務機關或上述因本公司營運作業所需合作之關係企業或廠商外，本公司不會在未獲得您的同意下將您的個人資料提供予任何第三方。

(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3條及第20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：以書面或其他日後可供證明之方式。

六、您不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：您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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供您相關服務或給付。

上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-789-999 免付費專線。

本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

新光產物保險各區郵寄申請地址

| | | |
|------|----------------------------------|------------------|
| 北區 | 台北總公司:104 台北市中山區建國北路二段 15 號 | 電話:(02)2507-5335 |
| | 蘭陽分公司:265 宜蘭縣羅東鎮公正路 398 號 1 樓 | 電話:(03)955-2640 |
| 桃竹苗區 | 桃園分公司:330 桃園市復興路 205 號 A 棟 21 樓 | 電話:(03)338-4003 |
| | 新竹分公司:300 新竹市民生路 192 號 5 樓 | 電話:(03)533-9121 |
| | 苗栗分公司:360 苗栗市中正路 462 號 4 樓 | 電話:(037)352-311 |
| 中區 | 台中分公司:404 台中市北區臺灣大道二段 340 號 12 樓 | 電話:(04)2322-1158 |
| | 豐原分公司:420 台中市豐原區圓環西路 23 號 6 樓 | 電話:(04)2529-0748 |
| | 彰化分公司:500 彰化市中山路二段 326 號 | 電話:(04)724-2147 |
| 南區 | 雲林分公司:632 雲林縣虎尾鎮新生路 148 號 3 樓 | 電話:(05)632-1389 |
| | 台南分公司:700 台南市中西區永華路一段 32 號 12 樓 | 電話:(06)227-1313 |
| 高鳳屏區 | 高雄分公司:800 高雄市新興區中正三路 154 號 12 樓 | 電話:(07)235-3197 |

政府 局

 年志願服務人員意外事故保險
【志願服務人員執勤證明】

1. 所屬志願服務運用單位：

2. 志願服務人員姓名：

3. 身分證字號：

4. 執勤內容：

5. 執勤地點：

6. 意外事故發生時間： 年 月 日 時 分

執行職務中

由家中前往執勤途中

執勤完畢返家途中 其他：

8. 志願服務運用單位：（請用印）

承辦人員：

聯絡電話：

補充說明：

- 一、 本公司提供之志工保險僅保障服務期間，及往返之交通時間(2小時)
故請服勤單位協助用印，加以確認資料。(或提供時數證明、簽到資料)
 - 二、 請將上述資料，連同申請書、診斷書、收據(收據使用副本需醫院用印)
寄回本公司辦理後續理賠即可。
-
-