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	00151UP0000002 新北市原住民族團體微型保險	(＊)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	□身故保險金 □失能保險金 □意外醫療保險金 □健康醫療保險金 □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**)			
□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? □否 □是 投保公司為_____	

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理或利用，除本公司「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外，就　台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理或利用，將於人身保險或財產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、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若　台端不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料，本公司將可能無法提供　台端相關人身保險或財產保險業務之申請及辦理。

立同意書人（即被保險人），已瞭解上述說明，並同意　貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理及利用本人之病歷、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　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、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。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此　致　　新光產物保險股份有限公司

(＊)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，法定代理人/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	

11301 版

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 本專案僅受理費用收據正本		
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 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）行銷（〇四〇）。

（四）消費者、客戶管理與服務（〇九〇）。

（五）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：

一般個人資料包括但不限於姓名、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）、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。

特種個人資料，病歷、醫療、健康檢查等(於法令許可範圍內者)。

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：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：

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。

（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，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免付費專線 0800-789-999。本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

【 郵寄申請地址 】

台北總公司:105 台北市松山區民權東路三段 171 號 3 樓　傷健險理賠科　電話:(02)2507-5335

台中分公司:404 台中市北區臺灣大道二段 340 號 12 樓　台中理賠一科　電話:(04)2322-1158

台南分公司:700 台南市中西區永華路一段 32 號 11 樓　台南理賠一科　電話:(06)227-1313

高雄分公司:800 高雄市新興區中正三路 154 號 6 樓　高雄理賠一科　電話:(07)238-6006

【 臨櫃辦理 】 請於本公司官網 服務據點 查詢