

基本資料欄位需填寫完整

■新申請 □續賠件

被保險人基本資料

賠案編號

Table with 2 rows and 4 columns: 保單號碼 (0008IBP0000001), 姓名 (王小明), 身分證號碼 (A123****), 出生日期 (68年1月1日), 服務單位 (紅海公司), 職稱/工作內容 (工程師), 公司電話 (02-2222-1111)

事故\疾病發生概述 (一張申請書限申請一次事故)

Table with 2 rows: 事故日期 (108年1月8日12時), 事故地點 (台北市建國北路及長春路口), 申請項目 (意外醫療保險金)

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)

騎機車與汽車發生擦撞,致右腳擦傷,右腕骨骨折

事故日期、地點及經過須清楚描述

□由警方處理

分局 長春 派出所 員警,電話:

是否投保其他家傷害(健康)保險? □否 ■是,請告知 公司。

是否曾因此(或類似)病症接受治療? ■否

□是,請告知醫院名稱、病名、看診日

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载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線...
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)申請被保險人王小明...
4. 立同意書人已詳閱申請書次頁「產險業履行個人資料保護法告知事項」...
5. 若提出身故理賠時,為確認本次理賠申請所檢附檢驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之...

需確認有無蓋收件章

若被保險人未滿20歲,法代需簽名

需留下手機號碼以利理賠簡訊通知

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(即受益人): 王小明

法定代理人:

身分證字號: A123**** (簽章)

身分證字號: (簽章)

申請日期: 中華民國 年 月 日

聯絡地址 台北市中山區新生南路****

聯絡(行動)電話 0935-***-***

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(未勾選則以支票給付)。

- 支票:一律開具指名受益人、禁止背書轉讓、劃線之支票,若有特殊原因欲取消禁背者請另填寫「票據」
1. 郵寄地址:
2. 同上開立同意書人聯絡地址。
3. 交經辦。

□匯款至申請人或受益人帳戶。

■匯款至法定代理人(被保險人之□父□母□其他)帳戶(限未滿二十歲之醫療保險金受益人,並於本公司將款項匯出時,視為受益人已承認對其為給付),並檢附足以證明關係之證明文件(如:戶謄等)。*本人(被保險人之□父□母□其他)同意授權予另一法定代理人受領保險金。

保險金給付方式務必勾選,另建議檢附存摺影本;若係匯款予法代其中一人,另一人須於下方欄位簽名授權

立同意書人(即受益人)同意貴公司將給付之保險金匯入下列指定之金融機構帳戶內,並聲明下列帳戶確為立同意人之帳戶,若因提供之資料有誤或字跡不清造成誤匯者,概由立同意書人自行負責,且視同保險金已給付。

Table for beneficiary account information: 戶名 (王小明), 金融機構及分行, 金融機構及分行代號, 帳號, 送件人姓名, 送件人編號, 送件人ID, 電話號碼

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) 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、電子郵遞地址）、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、財資資訊公司、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）：

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。

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 0800-005-588 免付費專線。

理賠申請檢附文件一覽表

申請項目	檢附文件	保險金申請書	死亡證明書(含檢驗報告)或相驗屍體	失能或指定醫院出具之公立或指定醫院出具之失能診斷書	被保險人除戶籍謄本	身分證明(年者應附法定代理人之受益人之身分證明(未成年)	起迄日期之診斷證明書記載(住入)加護(病房)	醫療費用收據	診斷證明書	印有姓名、日期之X光片	警方處理紀錄	出院病歷摘要	相關報告(病理切片報告或其他)	其他本公司認為必要之文件
身故	√	√			√	√			√		√	√		√
失能	√			√					√		√	√		√
意外醫療保險金	√						√	√	√	√	√	√		√
健康醫療保險金	√						√		√			√	√	√

新光產物保險契約用詞異動說明：

本公司配合保險法部份條文修正，有關商品文宣、保險商品名稱、保險單條款、要保書、附加條款、批註及其他約定書，原用詞依下列表列調整，本次異動係為保險契約用詞異動，並無影響被保險人之保障權益。

原用詞	新用詞
殘廢	失能
死殘	死亡及失能
全殘	完全失能
腦中風後殘障	腦中風後障礙
殘障	機能障礙
殘缺	缺損
殘扶	失能扶助
殘疾	疾病失能
傷殘	傷害失能
失能	喪失工作能力
精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者	受監護宣告尚未撤銷者