



信用卡綜合保險理賠申請書(旅行平安險暨傷害醫療)

保單號碼： (本欄由保險公司填寫)		賠案號碼： (本欄由保險公司填寫)	
持卡人姓名：	身分證字號：	出生日期：	
地址：			
電話： 手機：	發卡銀行：	卡別：	
信用卡卡號：		信用卡有效年月：	
事故發生時間：		事故發生地點：	

申請項目(請勾選並詳述事故發生經過)

身故保險金 移靈費用 殘廢保險金 意外傷害醫療保險金

請詳述事故發生經過：

如經警方處理，請告知處理之警察單位、地址及員警姓名：

如有配偶或未滿二十五歲受扶養之未婚子女同行時：

配偶姓名：_____、受扶養之未婚子女姓名：_____

檢附文件：(以下文件皆須齊備，寄出前請確認)

身故保險金	移靈費用	殘廢給付	傷害醫療	檢附文件項目
V	V	V	V	信用卡正反面影本
V	V	V	V	持卡人之刷卡記錄(例如:特約商店所提供之刷卡收執聯或存根、銀行所出具之信用卡帳單……等)
V	V	V	V	旅行社代收轉付收據正本
V	V	V	V	行程機票或登機證或電子機票影本
V	V			相驗屍體證明書或死亡診斷書影本
V	V			被保險人除戶戶籍謄本
V	V	V	V	受益人身分証影本(殘廢及傷害醫療保險金給付受益人為持卡人本人)
		V		殘廢診斷書正本;但必要時本公司得要求提供意外傷害事故證明文件
	V			移靈費用相關單據正本
			V	診斷證明書正本及醫療單據正本
			V	如在國外就醫，請提供健保核退書正本

請求賠償明細(如空間不敷使用，請另以紙張列舉)

日期	明細	索賠金額(幣別)
		總額 Total :

調查同意暨聲明書

1. 立同意書人因向新光產物保險股份有限公司申請被保險人_____ (____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、健保局、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股份有限公司所指派之人員調閱、抄錄、影印或詢問被保險人就診之_____ 病歷及相關資料。
2. 立同意書人(即受益人)並保證以上所填之資料詳實無訛，並同意合於理賠目的及法令許可之範圍內使用之。
3. 本人同意貴公司基於理賠目的，在個人資料保護法許可範圍內蒐集、處理及利用本人之個人資料，並將前開資料轉中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防治中心、檢警單位、委外追償機構、委任之公證公司、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。

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

本人鄭重聲明本申請書上所載均屬實無誤，並無隱瞞或不實說明等情事，並同意授權貴公司為必要調查。

※本申請書之填寫並不代表即可獲得理賠，理賠與否仍須經本公司審核。

立同意書人：_____ (被保險人或受益人)



(簽章)

法定代理人：_____



(簽章)

日期：____年____月____日

賠款同意書暨匯款申請

敬啟者：向貴公司投保之信用卡綜合保險因承保事項發生保險給付，請惠予匯款至下列行庫存款戶為荷。(請務必蓋章及附存摺影本)

此 致

新光產物保險股份有限公司



被保險人簽章：_____

身分證號：_____

匯款帳戶：

銀行	存款戶名												
	存款帳號												

※存戶須與被保險人或領款人相同，帳號需含分行別、科目別、帳號及檢查碼。

※請詳細工整填寫，如因填寫錯誤、無法辨識或遭退匯時，所導致之損失本公司蓋不負責。

※受款人需自行負擔匯費。

※以上文件請以掛號郵寄至：

台北市中山區建國北路二段 15 號 10 樓 信用卡理賠中心收

聯絡電話：(02)2507-5335

傳真：(02)2516-4298