



新申請 續賠件

被保險人基本資料 The insured information 賠案編號 _____

保單號碼(Policy no.)	姓名(Policyholder name)	身分證號碼(ID no.)	出生日期(Date of Birth)
			年 月 日 YYYY MM DD
服務單位(Service Units)	職稱/工作內容(Titles/Job description)		公司電話(Telephone(0))

事故\疾病發生概述 (一張申請書限申請一次事故)
Accidental Details(One application for one accident)

事故日期(Date & Time of accident)		事故地點(Place of accident)	
年(YYYY)	月(MM)	日(DD)	時(AM/PM)
申請項目 (Claims items)	<input type="checkbox"/> 身故保險金(Death Benefits)		<input type="checkbox"/> 意外醫療保險金(Accidental Medical Benefits)
	<input type="checkbox"/> 失能保險金(Disability Benefits)		<input type="checkbox"/> 健康醫療保險金(Medical Benefits)
	<input type="checkbox"/> 其他(Other)		
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) Specify the accident detail and situation: (Please complete with true and complete information)			
<input type="checkbox"/> 由警方處理(Police on scene handling): _____分局(Precint) _____派出所(Police station) 處理警員(Responding officer): _____ 電話(Contact no): _____			
是否投保其他家傷害(健康)保險?(Do you have injury (health) insurance from other insurance company?) <input type="checkbox"/> 否(No) <input type="checkbox"/> 是(Yes),請告知公司(If yes, please state the name of the company): _____		是否曾因此(或類似)病症接受治療?(Have you ever received treatment for this disease?) <input type="checkbox"/> 否(No) <input type="checkbox"/> 是(Yes),請告知醫院名稱(If yes, please state the name of the hospital) _____、病名(Name of the disease) _____、看診日(Date of consultation) _____	

調查同意暨聲明書(Declaration and Authorization for Investigation)

- 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。
I (the insured) undertand and agree Shinkong Insurance Company Ltd. ("the Company") to collect, process and to use my personal data including health checks, medical reports and clinical history.
- 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。
I (the insured, the proposer) understand and agree the Company to submit my information stated in the proposal to be recorded in the system from the Non-Life Insurance Association and the Life Insurance Association and also agree members of the Non-Life Insurance Association and the Life Insurance Association to use my personal data as a reference only for underwriting and claim settlement.
- 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。
Any data collected or held by the Company may also be disclosed under the requirements of any law binding on the Company. The company may provide any personal data of insured in the form of hard copy or digital for other insurance company, government related establishments and investigators assigned for the investigation.
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。
I authorized the Company to fill in any blank in this form and agree the Company to make any certified copy of this form.
- 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。
I (the insured, the proposer) fully understand the contain of the Personal Data Protection Act which stated the use and disclosure of my personal data.
- 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。

In the case of application for death insurance benefit, the undersigned (beneficiary) hereby agrees the Company to cross reference any documents submitted for claim application.

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
To ShinKong Insurance Company Ltd. and related medical institutions

立同意書人(即受益人) (Beneficiary) : _____ (簽章)



身分證字號(ID No.) : _____

法定代理人(Legal representative) : _____ (簽章)



身分證字號(ID No.) : _____

申請日期(Date of Application) : _____ 年(YYYY) _____ 月(MM) _____ 日(DD)

聯絡地址	□□□	聯絡(行動)電話	
		E-MAIL	

付款方式(Payment Methods)

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)。

Please select the claim payment method.

支票(Check)：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「票據變更切結書」。

The check is crossed and not transferable, it will only be paid to account payee only (the beneficiary).

- 1. 郵寄地址(Mailing address) : _____
- 2. 同上開立同意書人聯絡地址。(Contact Address)
- 3. 交經辦。(Agent)

匯款至申請人或受益人帳戶。(Remit claim to the account of applicant or beneficiary.)

匯款至**法定代理人**(被保險人之父母其他)帳戶(限未滿二十足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。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。

Remit claim to the account of legal representative, The undersigned (the beneficiary) confirmed the given remittance account number is belongs to the undersigned and agrees the payment to be remitted to the following bank account.

戶名 Account name	金融機構及分行 Bank and branch name	金融機構及分行代號 Bank and branch code	帳號 Account No.
送件人姓名 Sender name	送件人編號 Sender No.	送件人 ID Sender ID	電話號碼 Phone No.

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	證明書（含檢驗報告）	公立或指定醫院出具之 失能診斷書	被保險人除戶戶籍謄本	受年者應附法定代理人之 身分證明（未成年 受益人之身分證明）	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	之文件 其他本公司認為必要
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