

傷害險 健康險 旅行平安險 僱補險 保險金申請書

敬請於保險事故日起五日內提出申請，並儘速備齊相關文件，申請各項保險金所需檢附文件及注意事項，請詳閱背面說明

一般新申請件 續賠件 報備件 暫借件 小額櫃檯件

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 賠案號碼 (由保險公司填寫) | | 保單號碼 | |
| 要保人(團體險請填要保單位名稱) | | | |
| 事故人姓名 | 出生日期 | 事故人身分證字號 | |
| 事故人電話 | 事故人手機 | 事故人聯絡 E-MAIL | |
| 服務機關 | 職位 | 工作內容 | |
| 聯絡住址 | | | |
| 聯絡人姓名 | <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 同事故人 | 聯絡人電話 | 與事故人關係 |
| <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 同前次事故原因 事故原因及詳述經過/確診病名: | | 事故時間: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分 | |
| | | 事故地點: | |
| | | 事故處理單位: 分局 派出所 地檢署 | |
| | | 員警姓名: | 員警電話: |
| | | 駕乘車號: | |
| 過去是否曾因此(或類似)病症接受治療?倘是,請一併填妥下列資料: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 醫院名稱、地址、電話 | 病歷號碼 | 病 因 | 醫師姓名 起迄日期 |
| | | | |
| 被保險人投保其他保險? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,其保險公司名稱: | | | |
| 保險金給付方式【敬請檢附身分證證明文件及存摺面頁影本,以便檢核憑辦】 | | | |
| <input type="checkbox"/> 支票 | | | |
| <input type="checkbox"/> 電匯【若帳戶資料不清無法匯出,同意改開立支票】 | | | |
| 本人同意上述保險金,委由貴公司逕行匯入本人下述銀行帳戶,若因本人提供之資料有誤造成誤匯時,概由本人自行負責,且視同保險金已給付,絕無異議。 | | | |
| _____銀行(郵局) _____分行(局號) 戶名_____ 帳號_____ | | | |
| 特種個人資料蒐集、處理及利用同意書 | | | |
| 泰安產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)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之蒐集、處理及利用,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、處理及利用,將於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理,本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、處理及利用前述資料,本公司將可能無法提供台端相關理賠之申請及辦理。 | | | |
| 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。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 泰安產物保險股份有限公司 | | | |
| | | 立同意書人(即被保險人): | (簽章) |
| | | 法定代理人/監護人/輔助人: | (簽章) |
| 註:立同意書人為未成年者申請理賠時需經法定代理人同意並簽章 | | | |
| 告知事項及申請簽名欄 | | | |
| 本公司僅會蒐集因上述事項與事故經過相關的查證等業務所必要之個人資料,該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定執行業務之期間內被處理或利用。您的個人資料除了基於海外急難救助服務、境外理賠申請文件轉送服務、再保險業務或委外業務執行的需要會在我國境外處理及利用外,僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內供本公司及上傳產壽險公會建立查詢系統、本公司的委外廠商、保險事業發展中心、金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用,若申請項目為身故保險金時,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,本公司將提供前開資料予衛生福利部死亡通報系統以進行資料比對。本公司保有您的個人資料時,您可以至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複製本。若您的個人資料有誤或記載不完全,您可以書面通知補充或更正,但依法您應為適當的理由說明;若尚有其他疑義時,您也可以書面通知本公司停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料。 | | | |
| 被保險人/事故人/受益人簽章: | | 身分證字號: | |
| 法定代理人(關係)簽章: | | 身分證字號: | |
| 註:受益人為未成年者申請理賠時需經法定代理人同意並簽章。 | | | |
| | | 申請日期: 年 月 日 | |
| 通路代收章: | 通路名稱/經辦簽名/日期: | 營業同仁簽名/員編/日期: | 收件日期: |
| | 通路人員通知E-MAIL: | 送件人簽署: | |