

保險金申請書

為加速給付審核效率
以下內容請務必詳實填寫

保單號碼		申請項目 ☐ 身故 ☐ 醫療保險金 ☐ 其他		失能 (配合保險法自 107 年 6 月 15 日起用詞異動, 保戶權益不受影響, 用詞對照詳後說明)	
事故者基本資料	姓名	身分證字號		出生日期	年 月 日
	聯絡地址			住所聯絡電話	
	事故時職業及工作內容			行動電話	
	事故時任職地址			公司電話	
保險事故資料	事故種類	☐ 疾病 ☐ 意外	事故地點	就診身分	☐ 健保 ☐ 自費 ☐ 其他
	事故日期	年 月 日	☐ 上午 ☐ 下午 時 分	目前體況	☐ 已痊癒 ☐ 治療中
	請詳述事故原因及經過:			曾就診醫療院所	1. 2. 3.
	如為騎乘車之事故, 請填車號:			事故時 119 救護單位:	
處理單位: (無則免填)		分局/	派出所 員警姓名:	聯絡電話:	
保險金給付方式	茲請 貴公司依本人 (即申請人) 選擇給付方式將保險給付金額匯入指定帳戶或開立支票寄送本人指定地址 (或送件單位) 後, 貴公司即已履行上述事故給付義務。若因填寫資料錯誤致誤匯或支票寄送遺失時概由本人負責, 並視為保險金已給付絕無異議。				
	☐ 匯款至申請人 (即受益人) 帳戶 【若受益人不只一人時請各檢附金融機構存摺影本】				
	☐ 匯款至法定代理人帳戶 (僅限醫療保險金受益人為未成年人且金額十萬元以內, 並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時, 視為受益人已承認對其給付。需檢附受益人與法定代理人關係證明文件)				
	戶名	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳號 (郵局需含局號)	
☐ 支票 寄送: ☐ 同上聯絡地址 ☐ 受益人指定地址 (請詳填地址) ☐ 送件單位 (請詳填地址)					
寄送地址: 收件人:					
臺灣產物保險股份有限公司履行個人資料保護法告知義務 本公司履行個人資料保護法告知義務內容如保險金申請書第二頁所示, 請您詳閱及知悉。如對於前述告知義務內容有任何疑問, 請查閱臺灣產物保險股份有限公司公告之個人資料保護法告知事項 (公司網址 https://www.tfmi.com.tw) 或來電免付費服務專線 0809-068-888。 特-112.12 版 臺灣產物保險股份有限公司 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書 立同意書人 (以下簡稱本人) 同意 貴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 貴公司「履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外, 得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內 (包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務) 為之。本人已瞭解若不同意 貴公司蒐集、處理或利用前述資料, 貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。 此致 臺灣產物保險股份有限公司 立同意書人 (即被保險人、事故者) 簽名: 法定代理人/監護人/輔助人簽名:					
聲明暨同意事項 一、本人已確認上列相關資料正確無誤, 本件若委任送件業務員/保險經紀人/保險代理人公司代為送件申請時, 本人同意由前述受任人代理簽收各項理賠通知。 二、若係申請身故保險金, 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) 內容之正確性, 本人 (受益人) 同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。 三、☐保單遺失聲明 (申請個人保險身故保險金倘遺失保險單時需勾選填寫): 茲因不慎遺失 貴公司保險單號碼第 號保險單, 遺失之保險單如因別人冒用或其他原因而損及 貴公司權益或涉及金錢、法律等糾紛時, 本人願負全責, 與 貴公司一概無涉, 特立此聲明書為憑。 此致 臺灣產物保險股份有限公司 申請人 (即受益人) 簽名: 身分證字號: (醫療及失能保險金之受益人為事故者本人) 法定代理人/監護人/輔助人簽名: 身分證字號: 【申請人為未成年人、受監護宣告或輔助宣告者應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽名同意, 倘法定代理人非要保人請另檢附關係證明文件 (如戶口名簿影本)】 ◎若本案係申請「身故保險金」, 請填寫受益人其中之一人行動電話: 中華民國 年 月 日					
送件人員 (即見證人) 基本資料				送件單位	理賠單位收件
送件人員簽名	身分證字號	電話			
※送件人員應見證申請書上之各欄位簽名為應簽名之當事人本人親自簽名, 凡代簽名或未親見簽名, 致對受益人或保險公司造成損害, 需依法負民、刑事及其他相關法律責任。					



親愛的客戶，您好：

臺灣產物保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、蒐集之目的：
 - (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、蒐集之個人資料類別：

本公司蒐集之個人資料類別包含：識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、財務細節及健康及其他類等。例如：姓名、身分證統一編號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況、病歷、醫療、健康檢查或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料等予以填載，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、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：
 - (一)期間：因執行業務所必須及依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、中央健康保險署、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、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、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端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：透過客服專線(0809-068888)向本公司提出申請。
- 六、台端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)：

台端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 台端相關服務或給付。

同意查詢授權聲明書

傷害險暨健康險 11212 版

因向臺灣產物保險股份有限公司申請保險給付之需要，本人以 **事故人之**☐ **本人**☐ **父母**☐ **繼承人**(關係：)之身分，同意由該公司指派人員為代理人向醫院(診所)、醫務人員、警察局(派出所、交通隊)、監理機關、消防(救護)機關、海巡單位、地檢署、保險公司、產險及壽險公會或相關單位申請索引、查詢、調閱、抄錄或影印**事故人(姓名)****(身分證字號)****自****年****月****日往前回溯****年(不超過 5 年)起至本同意查詢授權聲明書「授權日」為止**之就診且不限科別病歷資料(病名：)、檢查數據、電腦檔案資料或本案事故資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由臺灣產物保險股份有限公司人員代為填寫，並同意由臺灣產物保險股份有限公司影印後，逕填入欲查之機關名稱或個人姓名，以影本交付其收執，此影本亦屬完全有效。

此 致

各有關 醫院(診所)、醫務人員、警察局(派出所、交通隊)、監理機關、消防(救護)機關、海巡單位、地檢署、保險公司、產險及壽險公會或相關單位

立同意書人(簽名加蓋章)： 用印 身分證字號：

法定代理人(簽名加蓋章)： 用印 身分證字號：

(立同意書人為未成年人、受監護宣告或輔助宣告者應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽章同意)

聯絡地址：

聯絡電話：

授權日：中華民國 年 月 日

※【本授權書有效期限為自授權日起 6 個月】

【保險金申請應備文件及注意事項】

要保人、被保險人或受益人應於知悉意外傷害事故發生後(或本公司應負保險責任之事故後)十日內將事故狀況及被保險人的傷害程度通知臺灣產物保險公司，理賠報備請填具保險金申請書傳真(02)2314-5255。若您對理賠申請程序或應檢附文件有任何疑問，歡迎您來電(02)2382-1666轉傷害險及健康險理賠人員，或來電免付費服務專線 0809-068-888 我們將竭誠為您服務。

◆應備文件一覽表

應 備 文 件	傷害險					健康險			
	身故	失能	重大燒燙傷	實支實付醫療	日額型/ 手術型醫療	日額型 住院醫療	實支實付醫療	重大疾病/ 特定傷病	癌症
保險金申請書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
失能診斷書		◎							
醫療診斷書			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
收據正本及費用明細				◎			◎		
意外傷害事故證明文件	◎	◎	◎	◎	◎				
X光片(骨折) 詳見注意事項(七)					◎				
相驗屍體證明或死亡診斷書	◎								
除戶戶籍謄本	◎								
受益人身分證明(身分證正反影本)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
病理切片報告、相關檢驗報告								◎	◎
保險單或謄本	◎	◎						◎	◎

用詞對照:配合 107 年 6 月 15 日「保險法」部分條文修正案實施，相關用詞調整對照如下表，用詞調整並無變更原保險契約實質給付內容及權利義務，保戶權益不受用詞調整之影響。

原 用 詞	殘廢	死殘	全殘	腦中風後殘障	殘障	殘缺	殘扶	殘疾	傷殘	失能
新 用 詞	失能	死亡及失能	完全失能	腦中風後障礙	機能障礙	缺損	失能扶助	疾病失能	傷害失能	喪失工作能力

★依申請項目之不同，上述各文件之詳細內容，悉以保單條款約定為準。

★特殊案件資料或上述未列者，所需資料由承辦人員另行通知補全。

★查證授權原則上填具「同意查詢授權聲明書」即可，惟有部分機關、醫院及診所特殊需求時，將再通知補具單張或該醫療院所規定格式之同意書。倘立同意書人為事故人或身故受益人之法定代理人時，另請檢附關係證明(如戶口名簿影本等)。

★若係自寄申請文件，請以掛號方式郵寄。

◆注意事項

(一)、保險金申請書需詳填各項欄位並由受益人簽名，受益人簽名注意事項如下：

1. 申請醫療、重大燒燙傷保險金或失能保險金，受益人為事故人本人。
2. 申請身故保險金，受益人乃依保單之指定身故受益人。
3. 受益人為未成年人時，另需法定代理人簽名。
4. 受益人為受監護或輔助宣告之人時，請檢附法院監護或輔助宣告裁定書及裁定登記後之監護人或輔助人戶籍謄本，由監護人或輔助人簽名協助申請，受款人仍為受益人本人。
5. 應簽名者不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替並另需二位見證人同時於手印旁邊簽名並註明關係。
6. 對於被保險人身故前發生之應給付醫療保險金，依民法給付對象為被保險人的法定繼承人，需改由法定繼承人簽名，另請檢附「繼承系統表」及所有法定繼承人的戶籍謄本。

(二)、申請身故件之死亡原因為「解剖鑑定中」者，受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。

(三)、申請個人保險身故保險金時，若保單遺失請勾選填寫「保險單遺失聲明」。

(四)、申請於「國外發生事故」之理賠時，除檢附原保單條款所列文件之外，請檢附護照影本(含出、入境戳章)等證明文件以確認身分。另請提供海外相關就診之完整病歷，且各項文件需經駐外單位認證，以加速理賠處理時效。

(五)、申請身故保險金，無論身故受益人人數，僅需填寫一份申請書，並由全體受益人簽名出具。

(六)、申請手術保險金者，診斷證明書請載明手術名稱及部位。

(七)、申請骨折未住院保險金給付者，若診斷證明書未記載骨折程度，可附骨折影像檢查資料(如 X 光片)以確認骨折程度。

◆保險金申請文件郵寄地址如下：

總公司理賠部：100 台北市中正區館前路 49 號 9 樓
 新竹分公司：300 新竹市東大路一段 118 號 4 樓
 台中分公司：400 台中市區繼光街 35 號
 高雄分公司：800 高雄市新興區中山一路 117 號 4 樓

電話：(02)2382-1666
 電話：(03)534-8699
 電話：(04)2229-3176
 電話：(07)286-5000

傷害險暨健康險 11212 版