

健康傷害保險金申請書

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

☐報備件 ☐一般新申請件 ☐續賠件 ☐暫借件 ☐小額櫃檯件

檔案編號：

賠案號碼 (由保險公司填寫)		保單號碼		申請項目	
				☐ 傷害險	☐ 健康險
				☐ 旅行平安險	☐
要保人(團體險請填要保單位名稱)					
聯絡人姓名		聯絡人電話		聯絡人 E-MAIL	
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	
受益人住址				受益人聯絡電話 ()	
受益人 E-MAIL				受益人聯絡手機	
事故原因(病名)：			事故時間： 年 月 日 ☐ 上午 ☐ 下午 時 分		
☐ 意外 ☐ 疾病 ☐ 其他			事故地點：		
請詳述事故發生經過、何時發生、送醫情形及診斷 (如有媒體報導請提供剪報)			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： 就診身份： ☐ 健保 ☐ 自費		
			入院/出院： 年 月 日至 年 月 日		
			門診期間：自 年 月 日起共 次		
			手術名稱：		
			醫院/診所名稱：		
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： ☐ 是 ☐ 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？ ☐ 否 ☐ 是，其保險公司名稱：					
聲明事項					
被保險人(受益人)同意 貴公司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、財團法人犯罪防治中心、關貿網路(股)公司及財團法人保險事業發展中心建立電腦連線資料。					
保險金給付方式					
☐ 支票					
☐ 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。					
【敬請檢附身分證明文件及存摺面頁影本，以便檢核憑辦】					
銀行(郵局) 分行(局號) 戶名 帳號					
同意查詢聲明書					
茲聲明本申請書所填資料皆為屬實，並同意查詢下述事項：本人因申請保險給付之需要，授權泰安產物保險股份有限公司逕向就診醫院診所、醫師、檢警單位及消防/救護機關請領、調閱被保險人之病歷摘要、檢查數據與報告及其他有助於本人申請保險金之所有紀錄資料。本人同意，為使各項作業順利進行，本同意書之影本與正本具同等效力。					
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(未滿 20 足歲)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：	直屬主管簽名/員編/日期：		
	通路人員通知E-MAIL：	理賠人員簽收/員編/日期：	受理日期：		