



※請詳閱次頁「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」、「給付約定事項」及「申請注意事項」說明。 申請日期： 年 月 日

※申請書除虛線及底欄位視需要填載外，其餘資料請詳細填寫，以利縮短作業時間。

要保單位		保單號碼
員工資料	員工姓名	部門別/員工代號
	身分證統一編號	聯絡電話/行動電話
		E-Mail address
事故人及申請項目	姓名	與員工關係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母
	身分證統一編號	
	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 手術津貼 <input type="checkbox"/> 住院醫療保險金 <input type="checkbox"/> 癌症醫療保險金 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金 <input type="checkbox"/> 門診給付 <input type="checkbox"/> 其他	
	<input type="checkbox"/> 申請收據差額給付 <input type="checkbox"/> 職業災害 ※要保單位是否已先行給付應付之保險金？ <input type="checkbox"/> 是 請提供【職業災害補償補償墊付證明暨債權讓與同意書】及其相關證明文件。 <input type="checkbox"/> 否	

事故種類：疾病 意外(請詳填『意外事故內容』)

意外事故內容	發生時間	年 月 日 時	請經簡述事故過程 ※如有報案或警方證明文件或報章雜誌等媒體報導，請提供剪報或相關資料。
	事故地點		
	處理事故單位/承辦人員/聯絡電話 (分局/派出所/地檢署)	(無則免填)	

給付方式	匯款	<input type="checkbox"/> 匯款至事故人或受益人帳戶 <input type="checkbox"/> 匯款至法定代理人帳戶(僅限醫療保險金受益人為未成年且金額未達新臺幣五十萬元，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。) 請另填下列『金融機構匯款同意書』		
	支票	<input type="checkbox"/> 開具指名受益人、禁止背書轉讓、劃線之支票。 <input type="checkbox"/> 取消禁止背書轉讓或劃線之支票，並需檢附『支票更改切結書』及其身份證明文件。		
	金融機構匯款同意書			
	立同意書人(事故者或受益人)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(請參次頁填寫範例及說明)內，並聲明下列帳戶確為立同意書人之帳戶，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；若致無法匯款或匯款金額逾限額者，同意 貴公司一律改以支票支付，絕無異議。			
	戶名(受益人或收款人)	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)

查詢同意書

立同意書人(事故者或受益人)因向新光人壽保險股份有限公司申請被保險人 _____(簽名)(____年__月__日生；身分證統一編號_____) 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、產、壽險公會及各保險公司等相關機關/單位協助並提供新光人壽保險股份分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，並聲明本同意書影本與正本具同等效力。恐口說無憑，特立此書為證。

此致 各有關醫療院所暨相關單位

※一、茲依保險單條款約定提出理賠申請，並同意 貴公司查閱被保險人就診之病歷及相關資料，並依「給付方式」欄及「查詢同意書」之內容辦理。
 二、事故人或受益人已詳閱申請書次頁「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」。

要保單位蓋章： _____ 此致 新光人壽保險股份有限公司

事故人或受益人簽章： _____ 法定代理人 簽章： _____
 身分證統一編號： _____ 監護人/輔助人 簽章： _____
 聯絡地址：(郵遞區號 _____) 身分證統一編號： _____
 (※申請人為未成年人或受監護宣告者，併應由法定代理人/監護人/輔助人本人親自簽章) 聯絡(行動)電話：(_____) _____
 ※填寫行動電話將做為發出理賠簡訊服務之用

門急診收據合計表線上建檔序號： _____

服務人員簽章： _____ 服務人員ID： _____ 送件單位： _____ 通訊處，代號： _____
 服務人員電話： _____ 送件日期： _____ 送件單位主管簽章： _____
 ※服務人員應見證簽章部分確為當事人本人親自簽章，如有因不實簽章致生紛爭，應負相關法律責任。

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

新光人壽保險公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)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)人身保險。(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
- 二、蒐集之資料類別: 台端與本公司往來之業務及契約書、申請書及經當事人同意由醫療院所等提供之必要個人資料類別為限。〔註〕
- 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。(二)、當事人之法定代理人、輔助人。(三)、各醫療院所(經當事人同意由醫療院所提供)。
- 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、中華民國人壽保險商業同業公會、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制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司等相關機構。(三)、地區:上述對象所在地區。(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:依申請需求區分,本公司得採行以書面、電子郵件、傳真、電子文件等不同方式受理。
- 六、台端不提供個人資料所致權益之影響:若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時,基於健全人身保險業務之執行,保險公司將無法提供您完善的人身保險服務。

註:本公司係依法務部頒布「個人資料保護法之特定目的及個人資料類別」蒐集 台端個人資料。

申請各項保險金所需檢附文件及注意事項

一、申請各項保險金所需檢附文件一覽表

申請項目	身故		殘廢			重大疾病 首次罹患癌症	醫療			骨折未住院津貼	失蹤 意外失蹤
	疾病 /	癌症身故	意外身故	全殘	部分殘廢		重大燒燙傷	傷害醫療	住院醫療		
理賠申請書	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
死亡證明書	●										●
相驗屍體證明書			●								
被保險人之除戶戶籍謄本	●	●									●
受益人身分證明	●	●	●			●					●
診斷證明書 / 殘廢診斷書(殘廢)				●	●	●	●	●	●	●	
收據和費用明細表							●	●			
病理組織切片報告 / 相關檢驗報告	●					●					
意外傷害事故證明文件		●	●	●	●		●			●	●
X光片										●	

二、申請注意事項 (理賠申請書填寫及應檢附文件說明)

- 1、本申請書適用於 團體保險件 之各項理賠保險金申請件。
- 2、本申請書填寫原則,係以事故及申請人為單位;若遇有多次事故同時申請,請分別填寫申請書。
- 3、申請書中『申請人』於身故保險理賠時係指保險單所載之身故保險金受益人,其餘如醫療保險、殘廢、重大疾病……等係指『事故者』本人。
- 4、保險金受益人為未成年人時,應由父母共同行使法定代理權(即於法定代理人欄簽章)。
- 5、因心神喪失或精神耗弱致無法處理日常事務者(如植物人),請附監護宣告裁定書並由監護人或輔助人提出申請。
- 6、申請配偶、子女之理賠,請另檢附足以證明其關係之證明文件(如:戶籍謄本、戶口名簿等)。
- 7、被保險人於台灣境外(含大陸地區)發生保險事故時,其檢附之書類需經我國駐外單位或相關程序之驗證,始得認為有效之書證。另,書證除英、日文外,需附中文翻譯本憑辦,以利迅速處理。
- 8、檢附非中文書類時,需另附護照影本等證明文件以確認身分。
- 9、申請與「癌症」有關之理賠(如:申請重大疾病、防癌保險、),應檢附癌症病理切片或相關檢驗報告以資證明。
- 10、本人、配偶、子女因「骨折」申請意外傷害醫療保險金或殘廢理賠時,除檢附診斷證明書外,並請檢附X光片以區別骨折程度(完全骨折、不完全骨折或龜裂)及確認傷害部位。
- 11、申請「剖腹生產」手術保險金時,如係初次剖腹生產,請檢附全戶之戶籍謄本,以利迅速處理。
- 12、「失蹤」案件需先向法院辦理死亡宣告後始得憑辦。如認為極可能因意外傷害事故而死亡者,可檢附相關意外證明文件並附切結書後辦理。

三、給付約定事項

- 1、本公司給付保險金方式原則以申請人選擇之方式為給付,惟如未勾選給付方式、匯款資料不清致無法匯款,本公司一律改以支票方式給付;若因提供之資料有誤或字跡不清造成誤匯者,概由申請人(即受益人)自行負責,且視同保險金已給付。
- 2、選擇匯款至法定代理人帳戶時需由全體法定代理人簽章同意後再選擇其中一人帳戶匯款。

金融機構匯款帳號填寫說明

1. 郵政存簿儲金:【請參照存摺,填寫七位局號(含檢號)及七位帳號(含檢號)】

例:客戶姓名為王大明,欲匯入七堵郵局,金融機構代號 700,局號為 0011033(含檢號),帳號為 0123456(含檢號)。

戶名(受益人)	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳 號(含郵局局號)
王大明	基隆七堵郵局	7000	00110330123456

2. 金融機構:【請參照存摺帳號靠左填寫,未滿欄位請留空白】

台幣帳戶:【請參照存摺帳號靠左填寫,未滿欄位請留空白】

例:客戶姓名為王小華,欲匯入新光銀行台北分行,新光銀行代號為 103,台北分行代號為 1100,帳號為 1100123456789。

戶名(受益人)	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳 號
王小華	新光銀行台北分行	10311000	110000123456789