

|      |         |                |           |
|------|---------|----------------|-----------|
| 基本資料 | 理賠案號    |                |           |
|      | 保單號碼：1. | 要保人（團險請填要保單位）： |           |
|      | 2.      |                |           |
|      | 事故人姓名：  | 身份證字號：         | 出生日期： / / |
|      | 聯絡電話：   | 行動電話：          |           |
|      | 事故人住址：  |                |           |
|      | 事故時職業：  | E-MAIL：        |           |
|      |         | 收件日期           |           |
|      |         | 理賠單位           |           |

◎為確保您的權益，若您的通訊地址或電話有所變動時，請儘速洽本公司健康險部辦理保全變更。

◎申請項目：☐意外傷害( ☐身故/殘廢 ☐醫療 ☐健康險 ☐重大疾病 ☐癌症險 ☐旅綜險/不便險 ☐個責險 ☐其他：

|        |                   |                                                                  |                                                               |
|--------|-------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 保險事故詳填 | 診斷傷病名稱/事故經過       | <input type="checkbox"/> 執行職務期間 <input type="checkbox"/> 非執行職務期間 | 就診日期：                                                         |
|        | 事故時間： 年 月 日(必填完整) |                                                                  | 醫院/診所名稱：                                                      |
|        | 事故地點：             |                                                                  | 就診身份： <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 |
|        | 事故經過：             |                                                                  |                                                               |
|        |                   |                                                                  |                                                               |

案件處理單位機關(分局/分隊/派出所)： 承辦警員： 警方電話：

◎是否尚有其他後續單據？ ☐否 ☐是 ◎被保險人投保其他保險？ ☐否 ☐是，其保險公司名稱：

**保險金給付方式**

☐匯款【請檢附存摺影本（醫療險受益人為被保險人本人）】

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（如事故當時本人尚未成年，本人及本人之法定代理人同意 貴公司將前述保險金匯入指定之法定代理人帳戶內）。\*\*\*指定帳戶若為法定代理人請檢附本人及法定代理人之身份關係證明文件\*\*\*

戶名： 銀行(郵局)： 分行(局號)： 帳號：

☐支票(☐服務人員轉交☐郵寄同上地址☐郵寄其他地址：)

送件人單位： 送件人姓名： 手機： E-MAIL：

**同意查詢聲明書**

申請人因申請保險給付之需要，願配合下列事項：

- 授權華南保險股份有限公司逕向就診醫院診所、醫師及檢驗單位請領、調閱事故人（出生日期： 年 月 日生，身分證字號： ）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。
- 「為確認本次理賠申請所檢付相驗屍體證明書(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。」
- 如受益人未具配偶或親屬身分，由保險公司另設計具有前開文字內容之聲明書交由被保險人之配偶或親屬任一人簽署同意，以取得授權查詢之依據。

立同意書人簽章： (與事故人關係： )

◎華南保險係為保險契約理賠義務履行與否之目的，而蒐集您的個人資料，包括但不限於姓名、身分證字號及其他得以直接或間接方式識別您個人之資料。資料來源包括您、被保險人或受益人、司法警憲機關、為理賠相關作業所需委託往來及與理賠事件有涉的第三人。所蒐集的您的資料，除了再保險業務、或委外業務執行之需要，會在我國境外被處理及利用外，僅會於蒐集目的存續期間及依法令規定應為保存之期間，以合於法令規定之利用方式在我國境內，供華南保險及理賠相關作業需要之第三人處理及利用。您可以以書面或其他日後可供證明之方式就華南保險保有您的個人資料向華南保險查詢、請求閱覽或請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

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蒐集、處理或利用，除本公司「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、處理或利用，將於人身保險及財產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、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、處理或利用前述資料，本公司將可能無法提供 台端相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

◎立同意書人已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理或利用本人之病歷、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 華南產物保險股份有限公司

立同意書人簽章： 法定代理人簽名：

◎茲依保險單條款約定提出保險金申請，並確認及同意【保險金給付方式】及【同意查詢聲明書】內容，若 貴公司依本人前開指示，交付支票予本人或匯入本人指定之金融機構帳戶後， 貴公司即已履行保險金給付義務。如有誤選、誤寫等本人因素所致之誤失，均由本人自行負責，絕無異議。此致 華南產物保險股份有限公司。

事故人/受益人(即立同意書人)簽章：

身份證字號：

法定代理人/監護人(關係： )簽章：

身份證字號：

中華民國： 年 月 日

備註欄:申請各項保險金，應檢附文件如下：

|                     |                  |                |
|---------------------|------------------|----------------|
| 1. 身故               | 2. 殘廢            |                |
| 1)保險金申請書            | 〈全殘者〉            | 〈部份殘廢者〉        |
| 2)保險單或其謄本           | 1)保險金申請書         | 1)保險金申請書       |
| 3)死亡診斷書或相驗屍體證明書     | 2)保險單或其謄本        | 2)保險單或其謄本      |
| 4)受益人身份證明           | 3)詳細殘廢診斷書        | 3)詳細殘廢診斷書      |
| 5)意外事故證明文件          | 4)受益人身份證明        | 4)受益人身份證明      |
| 6)除戶戶籍謄本            | 5)意外事故證明文件       | 5)意外事故證明文件     |
| 3. 傷害醫療險            |                  | 4. 住院醫療險       |
| 〈日額型〉               | 〈實支實付型〉          | 〈日額型〉          |
| 1)保險金申請書            | 1) 保險金申請書        | 1)保險金申請書       |
| 2)保險單或其謄本           | 2) 保險單或其謄本       | 2)醫療診斷書或住院證明   |
| 3)醫療診斷書或住院證明        | 3) 醫療診斷書或住院證明    | 3)其他證明文件       |
| 4)意外事故證明文件          | 4) 醫療費用明細或醫療證明文件 | 4)受益人身份證明      |
| 5)受益人身份證明           | (或醫療費用收據)        |                |
| *骨折者應付X光片           | 5) 受益人身份證明       |                |
| 5. 旅行綜合險            |                  |                |
| 〈行李延誤及遺失〉           | 〈額外費用-住宿、旅行〉     | 〈額外費用-旅行文件重置〉  |
| 1)保險金申請書            | 1)保險金申請書         | 1)保險金申請書       |
| 2)交通業者出具延誤期間證明或遺失證明 | 2) 交通業者出具延誤期間證明  | 2)報案事故證明       |
| 3)行李票及機票存根影本        | 3) 行程變更前後機票根影本   | 3)文件重置費用單據正本   |
| 4)衣著及日常必需品費用單據正本    | 4) 住宿及旅行費用單據正本   | 4)護照影本         |
| 5)護照影本              | 5)護照影本           |                |
| 〈特別補償-行程延遲&劫機事故〉    | 〈特別補償-行程取消&縮短〉   | 〈額外費用-家屬看護〉    |
| 1)保險金申請書            | 1)保險金申請書         | 1)保險金申請書       |
| 2)交通業者出具延誤期間證明      | 2) 事故證明文件        | 2) 當地合格醫療機構診斷書 |
| 3)事故證明文件            | 3) 相關費用證明        | 3) 實際相關費用單據正本  |
| 4)搭機證明(票根影本)        | 4)護照影本           |                |
| 5)護照影本              |                  | 〈海外突發疾病〉       |
|                     |                  | 1)保險金申請書       |
|                     |                  | 2)當地合格醫療機構診斷書  |
|                     |                  | 3)醫療費用單據正本     |
|                     |                  | 4)護照影本         |

\*理賠金匯入受益人指定帳戶時，請檢附存摺封面影本。

理賠程序：

請注意以下事項：一、意外事故發生後請立即以電話或傳真通知本公司：保單號碼、出險時間、地點、原因、經過及損失情形。二、被保險人發生行李延誤、遺失、旅行文件重置、行程延誤情形，於事故發生知悉日後應儘速通知警方、航空公司、行李運送或保管單位，並取得書面證明確認損失。三、旅平險發生意外傷害事故，應於第一時間就醫，取得傷害證明。四、送件前請重新檢視相關資料及應檢附文件是否齊全，以加快理賠審核作業。五、申請意外傷害醫療保險金者，若採中醫治療，請檢附每日費用明細表；骨折者應附 X 光片。六、傷害險保單給付超過新台幣 1,000,000 元以上，保險金申請人或要保人應書面提供保險金受款人之姓名、地址及身分證字號。若受款人為法人時，應確定法人機構之名稱及地址。七、其他理賠申請相關規定，請依契約規定辦理。

公司使用欄：