



新安東京海上產物保險股份有限公司 TOKIO MARINE NEWA INSURANCE CO., LTD.

總公司：台北市南京東路三段130號 電話：(02)8772-7777 免費客服及申訴電話：0800-050-119 網址http://www.tnnewa.com.tw

興華保險範例

傷害暨健康保險理賠申請書

保單號碼：

新件 續賠

送件人 / 業務員 姓名：_____ ID：_____ 業務員登錄證字號：_____
電話：_____ E-mail：_____

申請項目 身故保險金 殘廢保險金 罹患癌症保險金 重大疾病保險金
實支實付醫療 住院日額 旅行平安險 旅行綜合險 其他

姓名	王大明	職業/職務/工作內容	
身分證字號	A123456789	出生日期	52年08月14日
聯絡電話	0912-345678	E-mail	
聯絡地址/通訊住址	台北市中華路一段182號2樓		

要保人姓名(要保單位名稱) 台北市保險業務職業工會

旅綜保險賠付需填寫或勾選右列項目 飛機 船舶 火車 其他 原搭乘交通工具編號

事故說明
1. 事故發生：_____年_____月_____日 上午 下午 _____時_____分
2. 事故發生地點：_____
3. 憲警單位處理：有(請補入事故單) 無
4. 事故原因與發生經過敘述(煩請詳述並據實填寫，以免影響理賠權益)：腳底板被異物刺破受傷引發蜂窩性組織炎

初診醫院/診所名稱 _____ 傷勢是否已痊癒 是 否

自費用藥 有(請補入自費用藥藥用明細) 無

是否投保其他保險公司 是，該公司名稱：_____ 否

支付方式 匯款 支票

★匯款作業較支票給付作業時效快，且可避免寄送遺失或延誤等困擾。

戶名：_____ 金融機構：_____ 銀行(郵局/農漁會) _____ 分行(分社/支庫/辦事處)

帳號： 1 6 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

說明：1. 若受益人為一人以上，各受益人須另分別填寫金融匯款資料。
2. 匯款銀行需為通匯銀行，匯款帳戶須為受益人本人，並檢附身分證正反面及存摺戶名帳號資料影本。
3. 被保人如未成年且無銀行帳號，應檢附被保險人及法定代理人之戶籍謄本。

逕寄受益人 由業務代轉(如需取消斜線或取消禁背，請聯繫業務人員另加填表單)

個資暨授權同意書

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「告知說明書」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、公司處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(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 新安東京海上產物保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人或受益人)簽章：王大明 印大 法定代理人或監護人簽章：_____
(如有特殊情況以被保險人拇指按捺指紋；若被保險人身故，請由受益人簽章) 填寫日期：_____年_____月_____日

聲明暨授權同意事項

1. 茲因申請保險金之需，本人(以 被保險人 受益人 法定代理/監護人)之身份，授權並同意由新安東京海上產物保險股份有限公司或該公司指派人員為代理人逕向醫院、診所、檢驗所、醫師醫護人員、中央健保局、地檢署、法院、警察局(派出所、交通隊)、消防救護單位、保險公司、產壽險公會...等等相關機構索引、查詢、調閱、抄錄或影印事故人所有就診病歷、電腦檔案資料或本案事故相關之資料以為參證之用。若有爭議，由立授權書人負責，並聲明本授權書之影本與正本具同等效力。代理人如有逾越授權申請資料之範圍或將申請之資料作為他用時，由代理人依法負責。

2. (申請殘廢保險金之被保險人適用) 本人(同前款所述) 同意新安東京海上產物保險股份有限公司得指定醫學中心級之醫院專科醫師進行殘廢程度之專業診斷，以做為申請殘廢保險金所需認定殘廢程度之依據。

3. 本人(同第1款所述) 同意新安東京海上產物保險股份有限公司得依個人資料保護法之相關規定，對被保險人之個人資料為蒐集、電腦處理或國際傳送之權利。

4. 本人已詳知新安東京海上產物保險股份有限公司所提供之個人資料告知事項內容，並同意貴公司收蒐集利用個人資料。

5. 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。

被保險人或受益人簽章：王大明 印大 法定代理人或監護人簽章：_____
(如有特殊情況以被保險人拇指按捺指紋；若被保險人身故，請由受益人簽章) 填寫日期：_____年_____月_____日



新安東京海上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

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「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（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

新安東京海上產物保險股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：王小明

法定代理人 簽名：王大明 被保險人未滿20歲時，法定代理人於此處親簽

中華民國 年 月 日