

107.06.15 版

保單號碼：

**傷害暨健康保險理賠申請書**

新件 續賠件

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		<input type="checkbox"/> 身故/失能保險金 <input type="checkbox"/> 癌症保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病保險金 <input type="checkbox"/> 看護保險金 <input type="checkbox"/> 實支實付醫療 <input type="checkbox"/> 住院日額 <input type="checkbox"/> 旅行綜合險/不便險 <input type="checkbox"/> 其它
被保險人	姓名	_____
	身分證字號	_____
	行動電話	_____
	聯絡地址/通訊住址	_____
要保人姓名 (要保單位名稱)		_____
事故說明	① 事故發生：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 _____時_____分 ② 事故發生地點：_____	
	③ 憲警單位處理： <input type="checkbox"/> 有 (請補入事故單) _____分局/派出所 員警姓名：_____ 聯絡電話：_____ <input type="checkbox"/> 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)	
初診醫院/診所名稱		_____
自費用藥		<input type="checkbox"/> 有 (請補入自費用藥藥用明細) <input type="checkbox"/> 無 傷勢是否已痊癒 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否投保其他保險公司		<input type="checkbox"/> 是，該公司名稱：_____ <input type="checkbox"/> 否
匯款方式	戶名：_____ 金融機構：_____ 銀行 (郵局/農漁會) _____ 分行 (分社/支庫/辦事處)	
	帳號：_____	
說明： ① 受款人為保單所載受益人，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。		
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之蒐集、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：_____ 法定代理人或監護人簽章：_____	
聲明暨授權同意事項	(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	
	1. 茲因申請保險金之需，本人 (以 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 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. (申請失能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失能程度之專業診斷，以做為申請失能保險金所需認定失能程度之依據。	
	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有為蒐集、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：_____ 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		

※ 理賠申請資料共3頁，第1頁為理賠申請書，第2頁為個人資料告知事項，第3頁為理賠應備文件 ※

## 個人資料告知事項

新安東京海上產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)之規定,應告知下列事項,敬請台端詳閱及知悉:

### 一、蒐集目的:

- (一) 財產保險業(依保險法令規定辦理之財產保險相關業務)。
- (二) 其他合於營業登記項目或章程所定業務之需要。

二、類別:包括但不限於姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育職業、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。

### 三、利用之期間、地區、對象及方式:

(一) 期間:個人資料蒐集之特定目的存續期間、提供金融商品或服務之契約期間、本公司執行業務所必須之保存期間及依相關法令就資料之保存所訂保存年限。

#### (二) 地區:

1. 中華民國境內。
2. 因辦理財產保險相關業務需要之第三方所在境外地區。

#### (三) 對象:

1. 本公司、與本公司簽訂合作推廣契約之保險代理人/保險經紀人、因辦理財產保險相關業務需要之第三方。
2. 財團法人保險事業發展中心、產/壽險同業公會、關貿組織、財團法人保險犯罪防制中心、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及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。
3. 配合提供予依法令執行之公務機關。

#### (四) 方式:

1. 電子文件、紙本或其他合於當時科技之適當方式。
2. 符合個資法第20條規定之利用。

四、依據個資法第3條規定,台端就個人資料得行使下列權利:

- (一) 得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本,而本公司依法得酌收必要成本費用。
- (二) 得向本公司請求補充或更正,惟依法台端應為適當之釋明。
- (三) 得向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除,惟依法本公司因執行業務所必需者,得不依台端請求為之。

五、本公司基於上述原因而需蒐集、處理或利用台端之個人資料時,台端可自由選擇是否提供,唯若選擇不提供或是提供不完全時,基於健全產險業務之執行,本公司將可能無法提供完善之服務

### 【註】:

上開告知事項已公告於本公司官網(<http://www.tmnwa.com.tw/>),如有任何問題或不同意其告知事項,請洽詢 0800-050-119 免付費客服專線。

※ 理賠申請資料共3頁,第1頁為理賠申請書,第2頁為個人資料告知事項,第3頁為理賠應備文件  
第2頁,共3頁



新安東京海上產險  
TOKIO MARINE NEWA INSURANCE

總公司：台北市南京東路三段130號8-13樓  
免費諮詢及申訴電話：0800-050-119  
https://www.tmnewa.com.tw  
Always stand by 服務隨時在

## 傷害暨健康險申請各項保險金應檢具文件

申請項目 應備文件	身故 保險 金	殘 廢 保 險 金	(醫 療 給 付) (一 般 實 支 實 付)	(醫 療 給 付) (選 擇 型 實 支 實 付)	(醫 療 給 付) (住 院 日 額 給 付)	(個 人 責 任 險) (第 三 人 體 傷 給 付)	(個 人 責 任 險) (第 三 人 財 損 給 付)	癌 症 / 重 大 疾 病 保 險 金
理賠申請書	V	V	V	V	V	V	V	V
受益人身分證明 (例：身分證正反面影本、...)	V	V				V	V	V
意外傷害事故證明文件 (如：交通事故登記聯單、報案單)	V	V	V	V	V	V	V	
保險卡(單)或其謄本	V	V						V
死亡診斷書或相驗屍體證明書 或法院死亡宣告判決	V							
被保險人全戶戶籍謄本、除戶戶籍 謄本、系統繼承表(請來電索取)	V							
公立或指定教學醫院出具之 殘廢診斷明書		V						
診斷證明書	V		V	V	V	V		V
醫療費用收據副本(非影印本)			V			V		
醫療費用收據正本				V				
載有姓名、日期與 受傷部位之X光片				V(如有 骨折)	V(如有 骨折)			
和解書						V	V	
損失清單和費用單據							V	
健保局提供資料請求書 (請來電索取)								V
病理切片報告、 相關檢驗報告								V
病歷與護理紀錄	V	V				V		V
*其他	依案提供	依案提供	依案提供	依案提供	依案提供	依案提供	依案提供	依案提供

※ 上述檢附文件請一併核對保單契約內之承保範圍，如有承保且符合給付要件始能核付 ※

### 說明：

1. 要保人或受益人應於知悉本公司應負保險責任事故後十日內通知本公司，並於通知後儘速檢具所需文件。
2. 本公司得依個案之特殊狀況，如傷害致腦出血、椎間盤突出等，應會做電腦斷層掃描或核磁共振檢查，本公司得請被保險人或受益人提供相關佐證資料或文件。
3. 理賠申請書適用傷害險、健康險及旅行平安險各項保險金申請。填寫前，請先詳讀申請書次頁各項保險金所需檢附文件一覽表及注意事項。各欄位請逐一詳實填寫，並力求字跡清晰。
4. 理賠申請書須由受益人親自填妥並簽名(殘廢或醫療保險金受益人為被保險人本人)；身故受益人一人以上時，所有受益人均須簽章；如受益人未成年人者，亦需由其法定代理人於法定代理人簽名欄位中簽章。
5. 如因意外事故致牙齒斷裂需行膺復者，申請理賠時，請一併補入牙齒之X光片。
6. 若保戶發生保險事故於國內時，所投保險種為「選擇型傷害醫療保險金給付附加條款」時，請依條款約定檢附診斷證明書正本及醫療費用收據正本。
7. 若保戶發生保險事故於國外時，請保留診斷證明書正本及醫療費用收據正本及完整病歷，待回國後再提出理賠申請。
8. 其它未表述事項或給付項目應檢具文件，請參酌保單條款約定或撥打免付費電話。

※ 理賠申請資料共3頁，第1頁為理賠申請書，第2頁為個人資料告知事項，第3頁為理賠應備文件 ※