

信用卡綜合保險理賠申請書(旅行平安險暨傷害醫療)

保單號碼： (本欄由保險公司填寫)		賠案號碼： (本欄由保險公司填寫)			
持卡人姓名：		身分證字號：		出生日期：	
地址：					
E-MAIL：					
電話： 手機：	發卡銀行：		卡別：		
信用卡卡號：		信用卡有效年月：			
事故發生時間：		事故發生地點：			
申請項目(請勾選並詳述事故發生經過)					
<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 移靈費用 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input type="checkbox"/> 意外傷害醫療保險金 <input type="checkbox"/> 行程縮短費用					
請詳述事故發生經過：(請勿空白)					
身分證正面影本（請浮貼）		身分證反面影本（請浮貼）			
如經警方處理，請告知處理之警察單位、地址及員警姓名：					
如有配偶或未滿二十五歲受扶養之未婚子女同行時：					
配偶姓名：_____、受扶養之未婚子女姓名：_____					
檢附文件： (以下文件皆須齊備，寄出前請確認)					
身故給付	移靈費用	失能給付	傷害醫療	行程縮短	檢附文件項目
V	V	V	V	V	信用卡正反面影本
V	V	V	V	V	持卡人之刷卡記錄(支付機票或團費之當月信用卡月結帳單影本)
V	V	V	V	V	旅行社代收轉付收據正本或來回機票款金額證明
V	V	V	V	V	行程機票或登機證或電子機票影本(來回皆須附上)
V	V			V	病危通知書或相驗屍體證明書或死亡診斷書影本
V	V			V	被保險人除戶戶籍謄本
V	V	V	V	V	受益人身分證影本
V	V	V	V	V	身分關係證明或戶口名簿影本(申請非持卡人本人之醫療費用時)
	V			V	相關單據正本
		V	V		國內外診斷證明書正本及醫療單據正本(失能則需提供失能診斷書)；但必要時本公司得要求提供意外傷害事故證明文件
		V	V		醫療個資同意書(申請書第三頁)(請傷者簽章)
V	V	V	V	V	其他所需文件

請求賠償明細(如空間不敷使用，請另以紙張列舉)

日期	明細	索賠金額(幣別)
		總額 Total :

調查同意暨聲明書(請傷者簽章)

- 本人(被保險人)同意新光產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險公司將本理賠申請書及要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 立同意書人因向新光產物保險股份有限公司申請被保險人_____ (____年____月____日生；身分證號_____) 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、救護及各保險公司等相關機關/單位協助並提供新光產物股份有限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。上述欄位如有空白，立同意書人同意委由新光產物職員代為填寫，並聲明：立同意書人同意並委託新光產物就本同意書為影印使用且本同意書之影本與正本具同等效力。(若該醫院之病歷調閱需本人雙證件時，立同意書人需自行調閱。)
- 立同意書人已詳閱申請書第3頁「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，並同意新光產物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、財團法人保險犯罪防制中心及財團法人保險事業發展中心建立電腦連線資料。
- 立同意書人(即受益人)並保證以上所填之資料詳實無訛，並同意合於理賠目的及法令許可之範圍內使用之。

此致 新光產物保險股份有限公司及各有關醫療院所暨相關單位

本人鄭重聲明本申請書上所載均屬實無誤，並無隱瞞或不實說明等情事，並同意授權貴公司為必要調查。

※本申請書之填寫並不代表即可獲得理賠，理賠與否仍須經本公司審核。

立同意書人：_____ (簽章) 法定代理人：_____ (簽章)
(被保險人或受益人)

日期： 年 月 日

賠款同意書暨匯款申請(請傷者簽章)

敬啟者：向貴公司投保之信用卡綜合保險因承保事項發生保險給付，請惠予匯款至下列行庫存款戶為荷。**(請務必簽章及附存摺影本)**

此致 新光產物保險股份有限公司

被保險人簽章：_____

銀行 分行	存款戶名											
	存款帳號											

※存戶須與被保險人或領款人相同，帳號需含分行別、科目別、帳號及檢查碼。

※請詳細工整填寫，如因填寫錯誤、無法辨識或遭退匯時，所導致之損失本公司蓋不負責。

※受款人需自行負擔匯費。

※ 以上文件請以掛號郵寄至以下地址辦理，如欲洽詢理賠進度事宜請於上班時段(周一至五 08:30-12:30、13:30-17:30)來電：

10487台北市中山區建國北路二段15號10樓 企業保險理賠部 收

聯絡電話：(02)2507-5335 分機 424 或 453 傳真：(02) 2516-4298

如理賠人員忙線中，可來電本公司免付費客服專線 0800-789-999，由專人轉知後回覆。

新光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、處理及利用同意書

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「產險業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，將於人身保險或財產保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、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 台端相關人身保險或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、處理及利用本人之病歷、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、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、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、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、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、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。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 新光產物保險股份有限公司

立同意書人 簽名：

（被保險人/受害人/請求權人）

蓋
章

法定代理人 簽名：

（未滿 18 歲者，需父+母用印，單親監護者需戶籍謄本證明監護權）

蓋
章

蓋
章

中華民國

年

月

日



產險業履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司（下稱本公司）依個人資料保護法（下稱個資法）第 8 條第 1 項（如為間接蒐集之個人資料則為第 9 條第 1 項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集目的：

- (一) 財產保險 (O九三)。
- (二) 人身保險 (OO一)。
- (三) 行銷 (O四〇)。
- (四) 消費者、客戶管理與服務 (O九〇)。
- (五) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務 (一八一)。

二、蒐集個人資料之類別：

一般個人資料包括但不限於姓名、身分證統一編號（護照號碼或居留證號碼）、出生年月日、住址、聯絡方式（電話號碼、行動電話、電子郵件地址）、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，詳如相關業務申請書或契約書內容。

特種個人資料，病歷、醫療、健康檢查等(於法令許可範圍內者)。

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／被保險人。
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。
- (三) 當事人之法定代理人、輔助人。
- (四) 各醫療院所。
- (五) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、利用之期間、對象、地區及方式：

- (一) 期間：因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象：

本(分)公司及本公司海外分支機構、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、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、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、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、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、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。

- (三) 地區：上述對象所在之地區。

- (四) 方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第 3 條，您就本公司保有您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：以書面或其他日後可供證明之方式。

六、您不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：

您若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供您相關服務或給付。

上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-789-999 免付費專線。本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

101/10/01 公告

105/10/01 修訂

109/06/29 修訂

109/12/31 修訂

112/11/02 修訂