

# 106 年新竹縣民團體意外傷害保險

承保單位：臺灣產物保險股份有限公司

## 【身故保險金申請應備文件及注意事項】

文件項目	身故保險金的申請	
保險金申請書 (如附件)	✓	
意外傷害事故證明文件	必要時	
相驗屍體證明或死亡診斷書	✓	
被保險人的除戶戶籍謄本	✓	
受益人身分證明	繼承系統表(如附件)	✓
	被保險人原始全戶戶籍謄本	必要時
	全部受益人的戶籍謄本	✓
	全部受益人身分證明(身分證正反影本)	✓
受益人存摺影本(若受益人不只一人時,請各檢附金融機構存摺影本)	指定以匯款方式給付時檢附	

★若係自寄申請文件，請以掛號方式郵寄。

### ◆注意事項

- (一) 保險金申請書需詳填各項欄位並由受益人簽名，受益人簽名注意事項如下：
  1. 申請身故保險金，無論身故受益人人數，僅需填寫一份申請書，並由全體受益人簽名出具。若受益人為二十歲以下未成年人時，另需法定代理人簽名。
  2. 受益人為受監護或輔助宣告之人時，請檢附法院監護或輔助宣告裁定書及裁定登記後之監護人或輔助人戶籍謄本，由監護人或輔助人簽名協助申請，受款人仍為受益人本人。
  3. 應簽名者不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替並另需二位見證人同時於手印旁邊簽名並註明關係。
  4. 為能確定受益人人數與給付金額，除需檢附「繼承系統表」及所有受益人的戶籍謄本外，部分申請案需要檢附被保險人原始全戶戶籍謄本才能確認。
- (二) 申請身故件之死亡原因為「解剖鑑定中」者，受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- (三) 為加速理賠審核，受益人可檢附保險事故相關就診病歷供審核參考。
- (四) 申請於「國外發生事故」之理賠時，除檢附原保單條款所列文件之外，請檢附護照影本(含出、入境戳章)等證明文件以確認身分。另各項國外文件需經駐外單位認證。
- (五) 部分機關、醫院及診所要求使用其專用格式查證授權書，如有特殊需求時，將再通知補具特定格式之同意書。特殊案件資料或上述未列者，所需資料亦將由承辦人員另行通知補全。

若您對理賠申請程序或應檢附文件有任何疑問，歡迎您來電詢問。

電話：(03)534-8699 轉分機 288 陳淑敏小姐 或 (02)2382-1666 轉傷害險理賠人員  
我們將竭誠為您服務。

掛號郵寄地址：300 新竹市東大路一段 118 號 4 樓  
臺灣產物保險公司 收

本公司免付費服務專線：0809-068-888

## 保險金申請書

為加速給付審核效率  
以下內容請務必詳實填寫

保單號碼		128H06000001		申請事項： <input checked="" type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 醫療保險金 <input type="checkbox"/> 其他	
事故者基本資料	姓名			身分證字號	
	聯絡地址	□□□		出生日期	年 月 日
	聯絡電話			住所聯絡電話	
	事故時職業及工作內容			行動電話	
保險事故資料	事故種類	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外		事故地點	
	就診身分	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 其他		目前體況	<input type="checkbox"/> 已痊癒 <input type="checkbox"/> 治療中
	事故日期	年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分		曾就診醫療院所	1. 2. 3.
	請詳述事故原因及經過：				
如為騎乘車之事故，請填車號：				事故時 119 救護單位：	
處理單位：(無則免填)		分局/		派出所 員警姓名：	
				聯絡電話：	
保險金給付方式	茲請 貴公司依本人(即申請人)選擇給付方式將保險給付金額匯入指定帳戶或開立支票寄送本人指定地址(或送件單位)後，貴公司即已履行上述事故給付義務。若因填寫資料錯誤致誤匯或支票寄送遺失時概由本人負責，並視為保險金已給付絕無異議。				
	<input type="checkbox"/> 匯款至申請人(即受益人)帳戶 <b>【若受益人不只一人時請各檢附金融機構存摺影本】</b>				
	<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滿二十歲未婚之未成年人且金額十萬元以內，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。需檢附受益人與法定代理人關係證明文件)				
	戶名	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳號(郵局當舍局號)	
<input type="checkbox"/> 支票 寄送： <input type="checkbox"/> 同上聯絡地址 <input type="checkbox"/> 受益人指定地址(請詳填地址) <input type="checkbox"/> 送件單位(請詳填地址)					
寄送地址：□□□		收件人：			
<b>臺灣產物保險股份有限公司履行個人資料保護法告知義務</b>					
本公司履行個人資料保護法告知義務內容如 <b>保險金申請書第二頁</b> 所示，請您詳閱及知悉。如對於前述告知義務內容有任何疑問，請查閱臺灣產物保險股份有限公司公告之個人資料保護法告知事項(公司網址 <a href="http://www.tfmi.com.tw">http://www.tfmi.com.tw</a> )或來電免付費服務專線 0809-068-888。					
<b>病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書</b>					
立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴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 貴公司「履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外，得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)為之。本人已瞭解若不同意 貴公司蒐集、處理或利用前述資料，貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。					
此致 臺灣產物保險股份有限公司					
立同意書人(即被保險人、事故者)簽名：				法定代理人/監護人/輔助人簽名：	
<b>聲明暨同意事項</b>					
一、本人已確認上列相關資料正確無誤，本件若委任送件業務員/保險經紀人/保險代理人公司代為送件申請時，本人同意由前述受任人代理簽收各項理賠通知。					
二、若係申請身故保險金「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。」					
三、 <input type="checkbox"/> 保單遺失聲明(申請個人保險身故保險金倘遺失保險單時需勾選填寫)：茲因不慎遺失 貴公司保險單號碼第 號保險單，遺失之保險單如因別人冒用或其他原因而損及 貴公司權益或涉及金錢、法律等糾紛時，本人願負全責，與 貴公司一概無涉，特立此聲明書為憑。					
此致 臺灣產物保險股份有限公司					
申請人(即受益人)簽名：				身分證字號：	
(身故保險金申請需由全部受益人簽名並註明身分證字號;醫療及殘廢保險金之受益人為事故者本人)					
法定代理人/監護人/輔助人簽名：				身分證字號：	
【申請人為未成年人、受監護宣告或輔助宣告者應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽名同意，倘法定代理人非要保人請另檢附關係證明文件(如戶口名簿影本)】					
中華民國 年 月 日					
送件人員(即見證人)基本資料				送件單位	理賠單位收件
送件人員簽名	身分證字號		電話		
*送件人員應見證申請書上之各欄位簽名為應簽名之當事人本人親自簽名，凡代簽名或未親見簽名，致對受益人或保險公司造成損害，需依法負民、刑事及其他相關法律責任。					

臺灣產物保險股份有限公司  
履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

臺灣產物保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、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)財產保險(〇九三)；(二)人身保險(〇〇一)；(三)行銷(〇四〇)；(四)消費者、客戶管理與服務(〇九〇)；(五)網路購物及其他電子商務服務(一四八)；(六)調查、統計與研究分析(一五七)；(七)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、蒐集之個人資料類別：  
本公司蒐集之個人資料類別包含：識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、財務細節及健康及其他類等。例如：姓名、身分證統一編號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況、病歷、醫療、健康檢查或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料等予以填載，詳如相關業務申請書、契約書內容或登/填載於本網站的各項個人資料。
  - 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、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、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保、共同行銷或合作推廣等業務往來之公司、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：以書面方式或透過客服專線(0809-068888)向本公司提出申請。
  - 六、台端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)：  
台端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 台端相關服務或給付。
- 註：本公司履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。本公司應採下列方式之一保全履行告知義務之證明：  
一、電話行銷之電話錄音檔。  
二、當事人表明已受告知之書面文件或註明當事人已收受告知書之保單、契約變更或理賠等簽收回條。  
三、將告知書內容與要保書或保險契約相關申請文件合併列印。

同意查詢授權聲明書

因向臺灣產物保險股份有限公司申請保險給付之需要，本人以  本人  父母  繼承人 (關係：\_\_\_\_\_ ) 之身分，同意由該公司指派人員為代理人向醫院(診所)、醫務人員、警察局(派出所、交通隊)、監理機關、消防(救護)機關、海巡單位、地檢署、保險公司、產險及壽險公會或相關單位申請索引、查詢、調閱、抄錄或影印 **事故人**(姓名) \_\_\_\_\_ (身分證字號 \_\_\_\_\_ ) 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日往前回溯 \_\_\_\_\_ 年(不超過 5 年)起至本同意查詢授權聲明書“授權日”為止之就診且不限科別病歷資料(病名：\_\_\_\_\_ )、檢查數據、電腦檔案資料或本案事故資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由臺灣產物保險股份有限公司人員代為填寫，並同意由臺灣產物保險股份有限公司影印後，逕填入欲查之機關名稱或個人姓名，以影本交付其收執，此影本亦屬完全有效。

此 致

各有關 醫院(診所)、醫務人員、警察局(派出所、交通隊)、監理機關、消防(救護)機關、海巡單位、地檢署、保險公司、產險及壽險公會或相關單位

\_\_\_\_\_  
立同意書人(簽名加蓋章)： \_\_\_\_\_ 身分證字號： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
法定代理人(簽名加蓋章)： \_\_\_\_\_ 身分證字號： \_\_\_\_\_  
(立同意書人為未成年人、受監護宣告或輔助宣告者應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽章同意)

聯絡地址：

聯絡電話：

授權日：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※【本授權書有效期限為自授權日起 6 個月】

# 繼承系統表

被繼承人	身 份	姓名（被保險人）	出生日期	死亡日期
		民國（前）年 月 日	民國 年 月 日	

左列系統表屬實無訛，如有偽報、遺漏或錯誤，致他人受損時，申請繼承人願負損害賠償及相關法律責任。  
此致  
臺灣產物保險股份有限公司

(被繼承人)	(配偶姓名)
--------	--------

稱謂

姓名

										繼承人（具表人）簽名	印鑑	法定代理人簽名 <small>（繼承人為未成年人或受監護人需填寫）</small>

◎依民法第1138至1145條規定，除配偶外之順序：(一)直系血親卑親屬、(二)父母、(三)兄弟姐妹、(四)祖父母。

中華民國

年

月

日