



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

傷害暨健康保險理賠申請書

保單號碼：

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"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 罹患癌症保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病保險金 <input type="checkbox"/> 實支實付醫療 <input type="checkbox"/> 住院日額 <input type="checkbox"/> 旅行平安險 <input type="checkbox"/> 旅行綜合險 <input type="checkbox"/> 其它...
被保險人	姓名	職業/職務/工作內容
	身分證字號	出生日期
	聯絡電話	E-mail
	聯絡地址/通訊住址	
要保人姓名(要保單位名稱)		
旅綜保險賠付需填寫或勾選右列項目		<input type="checkbox"/> 飛機 <input type="checkbox"/> 船舶 <input type="checkbox"/> 火車 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 原搭乘交通工具編號 _____
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) <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		傷勢是否已痊癒 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
自費用藥		<input type="checkbox"/> 有(請補入自費用藥藥用明細) <input type="checkbox"/> 無
是否投保其他保險公司		<input type="checkbox"/> 是，該公司名稱：_____ <input type="checkbox"/> 否
支付方式	<input type="checkbox"/> 匯款 ★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： _____ 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。	
	<input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 逕寄受益人 <input type="checkbox"/> 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：_____ 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：_____ 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

★理賠申請資料共四頁，第一頁為理賠申請書，第二頁為個人資料相關事項，第三、第四頁為理賠應備文件

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.tmnewa.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。

★理賠申請資料共四頁,第一頁為理賠申請書,第二頁為個人資料相關事項,第三、第四頁為理賠應備文件
第二頁,共四頁

理賠申請各項保險金應檢具文件

	身故	殘廢	實支實付 (一般醫療給付)	實支實付 (選擇型醫療給付)	給付 (住院日額醫療給付)	體傷給付 (第三人個人責任險)	財損給付 (第三人個人責任險)	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
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					
醫療費用收據正本				V		V		
載有姓名、日期與受傷部位之X光片				V(如有骨折情形)	V(如有骨折情形)			
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								V
病理切片報告、 相關檢驗報告								V
病歷與護理紀錄	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

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. 為了理賠審核之需要，本公司得依個案之特殊狀況，請被保險人提供其他相關佐證參考資料或文件。
3. 理賠申請書須由受益人親自填妥並簽章(殘廢或醫療保險金受益人為被保險人本人)，身故受益人不只一人時，所有身故受益人均須簽章；如受益人係未成年人者，亦需由其法定代理人於法定代理人簽名欄位中簽章。
4. 如受傷部位為牙齒，請一併補入**牙齒之X光片**。
5. 如意外事故傷勢係腦出血、椎間盤突出，有做**電腦斷層掃描**或**核磁共振**檢查，請補入相關**影像光碟**。
6. 醫療費用收據副本：**須經醫療院所開立及用印，非影印本**。
7. 身故件之死亡原因為「解剖中」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」。
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。

★理賠申請資料共四頁，第一頁為理賠申請書，第二頁為個人資料相關事項，第三、第四頁為理賠應備文件
第三頁，共四頁

旅平旅綜理賠申請應檢具文件

<input type="checkbox"/> 旅程取消費用 <input type="checkbox"/> 旅程縮短費用	<input type="checkbox"/> 醫院開立之相關人病危通知書 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 配偶或親屬身份證明 <input type="checkbox"/> 保險單上所载住居之建築物、動產損壞證明 <input type="checkbox"/> 交通工具購票證明、旅館預約證明 <input type="checkbox"/> 事故證明 <input type="checkbox"/> 費用單據 <input type="checkbox"/> 法院傳票 <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件
<input type="checkbox"/> 旅程延誤費用	<input type="checkbox"/> 交通工具所屬公司出具之延誤證明 <input type="checkbox"/> 被延誤之期間證明(事故證明) <input type="checkbox"/> 遺失旅行文件相關證明(警方報案證明等) <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件
<input type="checkbox"/> 行李延誤、遺失	<input type="checkbox"/> 機票影本或登機證或搭機證明 <input type="checkbox"/> 航空公司出具之行李延誤或遺失證明 <input type="checkbox"/> 損失金額相關證明(行李遺失) <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件
<input type="checkbox"/> 交通票證及旅行文件損失	<input type="checkbox"/> 警方報案證明或外事機構證明 <input type="checkbox"/> 交通工具購票證明 <input type="checkbox"/> 交通工具所屬公司出具之標的物損失證明 <input type="checkbox"/> 損失金額證明 <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件
<input type="checkbox"/> 個人責任	<input type="checkbox"/> 和解書或法院判決書 <input type="checkbox"/> 相關估價、費用單據 <input type="checkbox"/> 被害人診斷證明書 <input type="checkbox"/> 被害人身份證明 <input type="checkbox"/> 受害人死亡或殘廢證明書(死殘事故) <input type="checkbox"/> 現場相片 <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件
<input type="checkbox"/> 緊急救援費用	<input type="checkbox"/> 警方報案證明或事故證明書 <input type="checkbox"/> 費用單據 <input type="checkbox"/> 委託救援文件 <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件
<input type="checkbox"/> 旅行平安險	<p>傷害醫療費用：</p> <input type="checkbox"/> 意外事故證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 醫療收據正本 <input type="checkbox"/> X光片 <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件 <p>殘廢保險金：應另附有</p> <input type="checkbox"/> 殘廢診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 完整病歷與護理紀錄 <input type="checkbox"/> 相關檢驗之報告或影像光碟 <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件 <p>死亡保險金：應另附有</p> <input type="checkbox"/> 死亡診斷證明書或相驗屍體證明書正本 <input type="checkbox"/> 完整的急診/住院病歷與護理紀錄 <input type="checkbox"/> 被保險人除戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 受益人身份證明文件 <input type="checkbox"/> 相關檢驗之報告或影像光碟 <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件
<input type="checkbox"/> 旅行期間居家竊盜	<input type="checkbox"/> 警方出具之竊盜證明 <input type="checkbox"/> 損失清單 <input type="checkbox"/> 估修單 <input type="checkbox"/> 付款憑證 <input type="checkbox"/> 原始購買憑證 <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件
<input type="checkbox"/> 劫機保險	<input type="checkbox"/> 乘客搭機證明