

*新光人壽-申請書填寫說明(住院日或身故日自 108/5/21-109/5/20)



※請詳閱次頁「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」、「給付約定事項」及「申請注意事項」說明。

機密等級：機密
團體保險理賠申請書

申請日期： 年 月 日

要保單位	臺南市政府消防局	保單號碼	3000487545
員工姓名	身分證統一編號	部門別/員工代號	單位： ☐ 大 ☐ 中 ☐ 分 隊
聯絡電話/行動電話	E-Mail address		
姓名	身分證統一編號	與員工關係	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母

義消本人
資料

請勾選：
*死亡→身故保險金
*疾病住院→住院醫療保險金
*意外住院→傷害醫療保險金

及	☐ 身故保險金	☐ 失能保險金	☐ 重大疾病	☐ 手術津貼	☐ 住院醫療保險金
請	☐ 癌症醫療保險金	☐ 傷害醫療保險金	☐ 門診給付	☐ 其他	
項	☐ 申請收據差額給付				
目	☐ 職業災害				
	※要保單位是否已先行給付應付之保險金？				
	☐ 是 請提供【職業災害補償墊付證明暨債權讓與同意書】及其相關證明文件。 ☐ 否				

意外事故內容	事故種類： ☐ 疾病 ☐ 意外(請詳填「意外事故內容」)	發生時間	年 月 日 時	請經	如無帶案或醫務證明文件(或前案經結等核議後，請提供剪報或相關資料)
		事故地點		問	
	處理事故單位/承辦人員/聯絡電話 (分局/派出所/地檢署)			述	
				事	
				故	
				過	

*住院案件：義消本人帳戶。
*身故案件：受益人帳戶。
*住院案件(義消身故後才申請)：受益人帳戶

給付方式	☐ 匯款至申請人或受益人帳戶 ☐ 匯款至法定代理人帳戶(僅限醫療保險金受益人為未成年且金額未達新臺幣五十萬元，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。) 請另填下列「金融機構匯款同意書」
	金融機構匯款同意書
	立同意書人(即申請人)同意 貴公司將給付之保險金匯入下列指定之金融機構帳戶(請參次頁填寫範例及說明)內，並聲明下列帳戶確為立同意書人之帳戶，若因提供之資料有誤或字跡不清造成誤匯者，概由立同意書人自行負責，且視同保險金已給付；若致無法匯款或匯款金額逾限額者，同意 貴公司一律改以支票支付，絕無異議。
	戶名(受益人或受款人) 金融機構及分行名稱 金融機構及分行代號 帳號(郵局需寫局號)

分隊承辦人蓋單位圓戳章及承辦人職章。

申請人資料：
*住院案件：義消本人。
*身故案件：受益人。
*住院案件(義消身故後才申請)：受益人。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司基於核保、理賠、申訴等相關保險業務、履行保險契約法定義務及符合法令規範之需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。

申請項目為身故保險金者，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，以作為保險金給付審核之參考。

要保單位蓋章：	此致 新光人壽保險股份有限公司
---------	-----------------

申請人(即受益人)簽章：	法定代理人簽章： 監護人/輔助人	申請人未成年時，請父/母簽章。
身分證統一編號：	身分證統一編號：	
出生年月日： 年 月 日/國籍：	出生年月日： 年 月 日/國籍：	
聯絡地址：(郵遞區號)	聯絡(行動)電話：()	
(*申請人為未成年人或受監護宣告或監護輔助宣告者，併應由法定代理人/監護人/輔助人本人親自簽章併檢附身分證明文件)		
門急診收據合計表上建檔序號： _____		
服務人員簽章：	服務人員ID：	送件單位： 通訊處，代號：
服務人員電話：	送件日期：	送件單位主管簽章：
※服務人員應見證簽章部分確為當事人本人親自簽章，如有因不實簽章致生紛爭，應負相關法律責任。		