

申辦理賠請注意：
意外事故及其就醫時間為
111年5月31日(含)前者
請另行來電索取理賠申請書

傷害險(旺旺友聯產物 520)

TO：_____先生/小姐 (共 4 頁)

申請保險給付請備齊下列文件，任何疑問請來電洽詢，謝謝！

理賠申請應備文件一覽表

被保險人提供下列資料	死亡 保險金	失能 保險金	重大燒燙 傷保險金	醫療實支 實付型	醫療住院 日額型
1.理賠申請書	√	√	√	√	√
2.個人資料蒐集、處理或利用同意書	√	√	√	√	√
3.死亡證明書/相驗屍體證明書	√				
4.除戶戶籍謄本	√				
5.繼承系統表暨同意書	√				
6.受益人身分證明	√	√	√	√	√
7.失能診斷證明書		√			
8.重大燒燙傷診斷證明書			√		
9.醫療診斷證明書			√	√	√
10.醫療費用收據及明細				√	
11.調閱資料同意書(必要時)	√	√	√	√	√
12.意外事故證明文件	√	√	√	√	√
13.X 光片/光碟	√	√ (肢解)		√ (骨折)	

※表格中所列文件為一般所需之文件若有特殊個案仍應提供本公司所要求之資料

※保險公司受理審核後若需補充其他資料須請配合※

郵寄單位：寶祥保險經紀人(股)公司

地 址：23444 新北市永和區保生路 1 號 12 樓之 6

電 話：(02)2231-6319

傳 真：(02)2231-6204

※送件前請檢視理賠申請書中各欄位是否填妥，所附文件、單據是否備齊 ※



旺旺友聯產物保險股份有限公司

Union Insurance Co., Ltd.

健康及傷害保險理賠申請書暨同意書

要保人或受益人應於知悉本公司應負保險責任之事故後十日內通知本公司，並於通知後儘速檢具所需文件向本公司申請給付保險金。

通知日期： 年 月 日

賠案號碼：

保單號碼			保險期間	年 月 日至 年 月 日	
要保人	事故人現址		電話		
事故人	身分證字號		出險地點		
申請理賠項目： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 住院日額 <input type="checkbox"/> 意外醫療 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 責任險					
意外			疾病(限投保健康險)		
事故發生時間： 年 月 日 午 時 分			診斷病名：		
事故原因及經過：			就診醫院：		
			住院期間：		
警方處理單位： 分局 派出所 處理警員： 電話：					
理賠金給付方式： <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 匯款： 銀行 分行 戶名					
帳號 (請附存摺影本)					
檢附文件：〈請打勾〉 <input type="checkbox"/> 醫師診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據 <input type="checkbox"/> 死亡/相驗屍體證明書					
<input type="checkbox"/> 除戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> X光片 <input type="checkbox"/> 存摺影本 <input type="checkbox"/> 保險單或其謄本					
<input type="checkbox"/> 意外事故證明文件 <input type="checkbox"/> 其他相關佐證單據或文件					
聲 明 暨 同 意 書					
一、茲特聲明本申請書所填各項均為余所知之真實情形，否則自願放棄本保單之一切權利。					
二、本人同意旺旺友聯產物保險股份有限公司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。					
三、本人同意旺旺友聯產物保險股份有限公司調閱、抄錄、影印、詢問 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 家屬(姓名： 出生年月日： / / 身分證字號：)所有在醫療院所、健保局、檢驗所、地檢署、警察局、派出所、消防、救護、產壽險公會、保險公司等相關單位之病歷及資料，並聲明本同意書影本與正本具同等效力，特立此同意書為憑。					
事故人/受益人/立同意書人簽章：			身分證字號：		
法定代理人 簽章：			身分證字號：		
〔事故人或受益人為未成年人或受監護宣告人時，須請法定代理人簽章〕					
中 華 民 國 年 月 日					
通路送件單位：		通路業務人員/聯絡電話：02-22316319		營業同仁姓名/員編	

※請填寫行動電話以利結案簡訊通知

旺旺友聯產物保險股份有限公司

105.10.11 旺總風管字第 1738 號函備查

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

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「告知說明書」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

旺旺友聯產物保險股份有限公司

立同意書人 簽名：_____

法定代理人 簽名：_____

中華民國 年 月 日



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 貴公司於符合告知事項之目的範圍內，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等相關法令所規定之範圍內（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、醫療及健康檢查個人資料。

此致

寶祥保險經紀人股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：_____

立同意書人之法定代理人 簽名：_____

中 華 民 國 年 月 日