



受理字號
會員編號

旺旺友聯產物保險股份有限公司

Union Insurance Co., Ltd.

台北市忠孝東路四段 219 號 12 樓

電話:02-2776-5567 傳真: 02-2773-3509

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

保單號碼	保險期間		年 月 日至 年 月 日	
要保人 台北市旅館業職業工會	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"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 住院日額 <input type="checkbox"/> 意外醫療 <input type="checkbox"/> 健康險				
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：		
事故經過及原因：		就診醫院：		
憲警處理單位： 分局 派出所		住院期間：		
警員姓名：		電話：		
理賠金給付方式： <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 匯款： 銀行 分行 帳號				
戶名 (請附存摺影本)				
檢附文件：(請打✓)				
<input type="checkbox"/> 醫師診斷證明書	<input type="checkbox"/> 醫療費用收據(正本)	<input type="checkbox"/> X光片	<input type="checkbox"/> 保險單	
<input type="checkbox"/> 死亡證明書	<input type="checkbox"/> 相驗屍體證明書	<input type="checkbox"/> 除戶戶籍謄本	<input type="checkbox"/> 印鑑證明	
<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	<input type="checkbox"/> 存摺影本		

聲明暨同意書

- 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。
- 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。
- 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 本人 配偶 子女 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。

簽名+蓋章

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

興華經紀

送件通路單位： 3393-2288

業務員：

聯絡電話：

旺旺友聯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、處理或利用同意書

105.03.15

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 台端相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

立同意書人已瞭解上述說明，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保險公司、委外廠商、保險公證人、醫師、顧問辦理核保、理賠或追償等業務。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

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