



中國信託金控

台壽保險

收件單位

## 信用卡綜合保險旅平險理賠申請書

1. 傷害醫療 2. 身故 3. 殘廢

賠案號碼：

申請項目： <input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 傷害醫保險金 <input type="checkbox"/> 其他 Type of Benefit    Accidental Death    Dismemberment    Medical Reimbursement other		保單號碼：
要保人(發卡銀行)： Policy Holder (Issuing Bank)	卡別： Type of Card	卡號： Card number：
被保險人： Insured	身分證字號： ID No.	電話：(公) Office TEL：(宅) Home
地址 Address：		
事故發生時間： Date / Time of Accident	年    月    日    時 Y    M    D    T	事故發生地點： Place of Accident
事故發生經過(原因)： Reason of Accident		
如經警方處理，請告知處理之警察單位、地址及員警姓名 If this accident was reported to the Police, please advise name of policeman and address of police station.		
醫院名稱： Hospital	就診身份： <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 軍保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 其他 Patient Type    National Health Insurance    Military Insurance    At Own Expense Other	
住院日期： Date of Hospitalization	年    月    日    時 Y    M    D    T	出院日期： Date / Time of Discharge
年    月    日    時 Y    M    D    T	年    月    日    時 Y    M    D    T	
檢附文件：Attachment <input type="checkbox"/> 1. 意外事故證明文件 Evidence of Accident <input type="checkbox"/> 2. 以指定之信用卡支付公共運輸工具票款及公共運輸工具票證等證明文件(機票、登機證、簽帳單、代收轉付收據) Record of Charge From Verifying That Relevant Ticket Fare Was Charged to the Insured Credit Card <input type="checkbox"/> 3. 被保險人身份證明 A Transcript of the Insured Register <input type="checkbox"/> 4. 診斷書正本 Medical Report <input type="checkbox"/> 5. 醫療證明文件正本(含收據正本) Medical proof document	請求死亡保險金，除左列 1、2、3 項外另具以下文件： <input type="checkbox"/> 相驗屍體證明書、死亡診斷書 Autopsy Report, Medical Report for Death <input type="checkbox"/> 被保險人的除戶戶籍謄本 A Transcript Insured Person's Death Register <input type="checkbox"/> 殘廢診斷書(申請殘廢保險金時需要) Medical Report for Dismemberment or Disablement <input type="checkbox"/> 受益人身份證明 A Transcript of the Beneficiary's Family Register <input type="checkbox"/> 其他 Other	
<b>同意書 Agreement</b>		
立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司得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，就本人個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，於確定或履行 貴公司與本人間之保險契約義務特定目的之必要範圍內為之。本人瞭解若不同意前述事項時，貴公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能無法提供相關服務或理賠給付等。 In accordance with the provisions of the Personal Information Protection Act and Article 177-1 of Insurance Act (Law of the Republic of China) with relevant stipulation on authorisation, I hereby consent, by signing below, to TLG insurance Co., Ltd. For process on my personal privacy medical data.		
被保險人 / 受益人簽章： Insured / Beneficiary Signature		
法定代理人(或監護人)簽章： Legal Agent (or Custodian) Signature		

續下頁.....

賠款領受人：_____	聯絡電絡：_____	身分證字號：_____
_____銀行_____分行 _____信用合作社_____分社 帳號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		郵局存簿儲金—立帳郵局_____郵局 局號： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> 帳號： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/>

本人聲明本申請書上所載均屬實無誤無隱瞞或不實說明等情事，並同意授權 貴公司為必要之調查  
 本人同意 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，對本人於本案之個人資料，有為蒐集、處理  
 或國際傳遞及利用之權利。

簽章：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

※ 此次申請需經本公司審理核准後，方負給付之責

※ 以上文件請於事故發生日起 10 天內通知並儘速將理賠文件備齊以掛號郵寄至本公司

下欄由本公司經辦人填寫(經辦人員於案件結案時，需附保、批單影  
 本)

處理意見：									
總公司	經理	副(襄)理	科長	經辦人	分公司	經理	副(襄)理	科長	經辦人
保費金額		收費日期	<input type="checkbox"/> 未繳 <input type="checkbox"/> 收現金 <input type="checkbox"/> 收支票		年 月 日	經辦代號		查核章	