

傷害暨健康險理賠申請書



申請類別	<input type="checkbox"/> 意外事故 <input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病)		<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 續賠件/賠案號碼:	
基本資料	被保險人	身分證字號		保險單號碼
	聯絡地址	□□□		
	連絡電話	()	行動電話	
	E-MAIL			
1. 填寫行動電話號碼者，本公司將以簡訊通知理賠受理進度。2. 填寫 E-MAIL 者，本公司於結案後提供匯款通知。				
事故種類	服務機關:		工作內容:	
			是否為執行職務期間 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	事故日期:		事故地點:	
	年 月 日 時 分			
	請簡述事故經過:			
處理單位	分局/派出所	處理員警	連絡電話	
是否尚有後續理賠申請? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		被保險人投保其他保險公司名稱:		
支付方式	<input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 匯款 (未提供匯款帳號，則直接以支票方式支付)			
	戶名: _____		銀行/郵局: _____ 分行/支局: _____	
	帳號: _____		*戶名限:「事故人/身故受益人」，請附「存摺封面」影本	
聲明暨授權同意事項	茲因向和泰產物保險股份有限公司申請保險給付之需要，以被保險人(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 受益人)之身分，同意下列事項:			
	一、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，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。(申請死亡保險金適用)			
	二、貴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。(申請殘廢保險金適用)			
	被保險人/受益人(即立同意書人): _____ 法定代理人/監護人: _____			
三、本人已詳知並閱讀 貴公司所提供之個人資料告知事項內容，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。				
被保險人/受益人(即立同意書人): _____ 法定代理人/監護人: _____				
中 華 民 國 年 月 日				
送件人員資料	送件人員簽章	登錄字號	理賠單位收件章	
	*送件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			
	聯絡人員	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他: _____	連絡電話	
經手人說明欄:				