

保單號碼		賠案編號	
申請項目	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金 <input type="checkbox"/> 其他		

被保險人基本資料


姓名				出生日期	年	月	日
身分證號碼							
住址 (白天易會晤)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	市	鄉鎮	里	路	段	巷
	縣	市區	村	街	巷	號之	樓
聯絡電話				傳真號碼			
公司名稱				行動電話			
公司電話				職稱			
受益人姓名				與被保險人之關係	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 子女 <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 其他_____		

事故發生概述

事故日期	年	月	日	事故地點			
事故經過說明 (請詳述事故發生原因, 經過情形及傷痛診斷, 務必據實填寫, 以免影響權益)							
<input type="checkbox"/> 由警方處理	分局			派出所	警員姓名		
					電話		
就診醫院				有無投保其它家保險公司	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有_____	
檢附文件	<input type="checkbox"/> 醫療診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據 <input type="checkbox"/> X光片 <input type="checkbox"/> 殘廢診斷證明書 <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"/> 法院死亡宣告判決 <input type="checkbox"/> 意外事故證明文件 <input type="checkbox"/> 其它相關文件						

付款 方式	若蒙貴公司核付保險金, 同意依下列 <input type="checkbox"/> 勾選之給付方式辦理 (未勾選則以支票支付) <input type="checkbox"/> 支票: 一律開具指名受益人、禁止背書轉讓、劃線之支票。 <input type="checkbox"/> 1. 郵寄地址: _____ <input type="checkbox"/> 2. 同事故人聯絡地址。 <input type="checkbox"/> 匯款: 請受益人另填寫下列『金融機構匯款同意書』, 並附上帳戶存摺頁面影本。						
	金融機構匯款申請書 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內, 並聲明下列帳戶確為立同意人之帳戶, 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。 受領人親簽_____ 日期: 民國____年____月____日						
	戶名 (受益人)	金融機構及分行	金融機構及分行代號	帳號			

調查同意書

立同意書人(即申請人)因向新光產物保險股份有限公司申請被保險人_____ (____年____月____日生; 身分證統一編號_____) 保險給付之需要, 以保險契約受益人(與被保險人關係_____) 之身分, 同意 貴醫療院所、健保局、檢驗所、地檢署、警察(分)局、派出所、消防、救護及各保險公司等相關機關/單位協助並提供新光產物股份有限公司所指派之人員調閱、抄錄、影印或詢問被保險人就診之所有病歷及相關資料, 如發生任何糾紛概由立同意書人負責, 並聲明本同意書影本與正本據同等效力。恐口說無憑, 特立此書為證。 此 致 各有關醫療院所暨相關單位	
立同意書人(簽章): _____	身份證字號: _____ 
招攬人編號或姓名	電話號碼