



三井住友海上集團

明台產物保險股份有限公司

保險金申請書傷害險 健康險 旅行平安險 寵物險 其他

接件號碼：\_\_\_\_\_

【請以正楷填寫，如有塗改者，申請人請於塗改處簽名確認。】

理賠案號：\_\_\_\_\_

保單號碼	要保人(要保單位)	理賠單位收件章
被保險人	身分證統一編號	
出生日期	被保險人工作內容	
受益人	聯絡電話	
聯絡地址		
E-MAIL		

事故時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時 事故地點：\_\_\_\_\_

處理檢警單位、電話、處理警員(若無，可免填)：\_\_\_\_\_

被保險人是否投保其他保險？ 否 是，其保險公司名稱：\_\_\_\_\_

事故經過：【本欄請務必填寫】

※申請傷害健康險者，請詳述傷病名稱、發生經過、時間、送醫情形及診斷結果。

## ◎同意聲明事項

申請人(以下簡稱本人)申請身故保險金時，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，受益人或利害關係人同意本公司提供相驗屍體證明書(或死亡證明書)予相關單位之死亡通報系統，進行比對內容之正確性。

## ◎保險金給付同意書：(如為法定代理人請檢附身分證明文件)

給付方式	<input type="checkbox"/> 匯款：存戶名稱：_____ 身分證統一編號：_____
	金融機構：_____銀行_____分行 / _____郵局_____支局 帳號：_____
	本人同意 貴公司核定之保險金，委由 貴公司逕行匯入本人上述銀行帳戶(如事故當時本人尚未滿7歲，本人及本人之法定代理人同意 貴公司將核定之保險金匯入指定之法定代理人帳戶內)，若因本人提供之資料有誤造成誤匯時，概由本人自行負責，絕無異議。
	<input type="checkbox"/> 支票 (郵寄地址：_____ )

\*申請人(被保險人或受益人)簽章：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人簽章：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

填寫日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

送件營業人員(代號)/送件人：\_\_\_\_\_

聯絡方式：\_\_\_\_\_

# 同意調查聲明書

立同意書人因向明台產物保險股份有限公司申請被保險人 \_\_\_\_\_(身分證統一編號： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_ ) 保險給付之需要，由立同意書人以保險契約被保險人之 本人 受益人 法定代理人 之身分(關係： \_\_\_\_\_ ) 同意並委託明台產物保險股份有限公司所指派之人員向 貴醫院、診所、檢驗所、地檢署、警察(分)局、派出所、消防(救護)機關、諮詢醫師等相關機關/單位查詢、調閱、抄錄、影印或詢問被保險人(病名： \_\_\_\_\_)之就診且不限科別之相關病歷摘要、檢查數據與報告及其他有助於申請保險金之所有醫療/事故紀錄資料以為參證之用。

請 惠予協助配合為感。

立同意書人同意並委託明台產物保險股份有限公司就本同意調查聲明書為影印使用，且本同意調查聲明書之影本與正本具同等效力。

此 致

各有關醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、諮詢醫師或其他相關單位

立同意書人簽章：

身分證統一編號：

法定代理人/監護人/輔助人簽章：

身分證統一編號：

(立同意書人，若為未成年人或受監護宣告/輔助宣告者，請法定代理人/監護人/輔助人一併簽章，並請檢附身分證影本或戶籍謄本、法院裁定等關係證明文件)

住 址：

中 華 民 國                      年                      月                      日

## 明台產物保險公司履行個人資料保護法告知義務內容

明台產物保險公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集目的：

- (一) 財產保險(〇九三)
- (二) 人身保險(〇〇一)
- (三) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)

二、蒐集之個人資料類別：

一般個資(包括但不限於姓名、出生年月日、身分證統一編號、護照號碼、婚姻、職業、聯絡方式、財務情況及其他得以直接或間接方式識別個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容)、特種個資(病歷、醫療、健康檢查等，在法令許可範圍內者)。

三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供，為間接蒐集之情形適用)：

- (一) 要保人/被保險人
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
- (三) 當事人之法定代理人、輔助人
- (四) 各醫療院所
- (五) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人

四、個人資料利用之期間、對象、地區及方式：

- (一) 期間：為本公司因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象：本公司及本公司海外分支機構、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、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (三) 地區：上述對象所在之地區。
- (四) 方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

- (一) 得向本公司行使之權利：
  - 1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
  - 2.向本公司請求補充或更正。
  - 3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二) 行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

【註】：上開告知事項已公告於本公司官網 (<https://www.msig-mingtai.com.tw/>)，如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800-528-528 免付費客服專線。

---

### 被保險人、受益人及責任險第三人個人資料蒐集、處理及利用之同意事項 暨 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書：

- (一) 本人(被保險人、要保人、受益人及責任險第三人)已收到並閱讀瞭解上述告知義務之內容。
- (二) 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「履行個人資料保護法告知義務內容」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。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 明台產物保險股份有限公司

被保險人簽名：\_\_\_\_\_

受益人簽名：\_\_\_\_\_ 責任險第三人簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人 / 輔助人簽名：\_\_\_\_\_ 保車駕駛人：\_\_\_\_\_

非屬上開所列，因理賠所需其個人資料之第三人簽名(如強制險請求權人)：\_\_\_\_\_

日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## ◎填寫說明

- 一、本申請書各項內容請依實際發生事實據實填寫，將有助理賠申請之辦理速度。並請被保險人/受益人於申請書簽名或蓋章。若被保險人/受益人為未成年人或無行為能力人時，請法定代理人一同簽名或蓋章，並提供戶籍謄本影本或其他相關關係證明文件。
- 二、如申請事故為意外所致且有檢警單位協助處理時，請填寫承辦員警等資料以加速辦理時效。
- 三、為確保安全性及提高給付速度，保險金給付方式建議選擇匯款方式，提供之被保險人/受益人之匯款資料務請完整、清晰，避免金融機構退匯。
- 四、身故、完全失能、失能、醫療之理賠申請，如需專用調查同意書或其他資料，本公司理賠承辦人員將發照會函通知，請再協助盡速補齊以縮短處理時效。
- 五、保險契約用詞異動表：

原用詞	殘廢	死殘	全殘	腦中風後殘障	殘障	殘缺	殘扶
新用詞	失能	死亡及失能	完全失能	腦中風後障礙	機能障礙	缺損	失能扶助

原用詞	殘疾	傷殘	失能	精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者
新用詞	疾病失能	傷害失能	喪失工作能力	受監護宣告尚未撤銷者

- 六、各項理賠申請應備文件如下表，如有不足時依保單條款約定辦理；特殊案件所需資料由承辦人員另行通知。

## ◎理賠申請文件一覽表

傷害健康險理賠所需文件	身故	失能	傷害醫療	住院日額	重大疾病
保險金申請書	√	√	√	√	√
醫療診斷書 (記載入、出院日期)			√	√	√
失能診斷書		√			
醫療費用收據			√		
X光片或醫療光碟 (有申請骨折未住院保險金者須檢附)			√		
相關檢驗報告					√
病理組織切片報告					√
相關病歷摘要 (視需要提供)	√	√	√	√	√
相驗屍體證明書或死亡證明書	√				
被保險人除戶戶籍謄本	√				
警方處理紀錄 (如為交通事故所致者)	√	√	√	√	
受益人身分證明文件	√	√	√	√	√
受益人存摺影本	√	√	√	√	√
其他意外傷害事故證明文件	√	√	√	√	

旅平險理賠所需文件	旅程延誤 班機延誤	行李遺失		文件 損失	旅程 更改
		竊盜、強盜 與搶奪	旅館或所搭乘之公共交 通工具業者處理失當		
保險金申請書	√	√	√	√	√
公共交通工具業者出具載有被延誤期間及延誤原因證明	√				√
報案證明或相關機構所出具之事故書面證明		√		√	
旅館或公共交通工具業者所開立之事故與損失證明			√		
旅行文件重置費用之證明及單據正本				√	
行李損失清單及費用支出單據正本		√	√		
相關費用單據正本 (本項請依個別條款承保範圍約定提供)	√				√
被保險人護照影本	√	√	√	√	√
登機證 (事故原因為航班延誤或更改者請提供)	√				√
受益人存摺影本	√	√	√	√	√

# 全民健康保險保險人提供資料申請書

<input checked="" type="checkbox"/> 當事人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號													
<input checked="" type="checkbox"/> 戶籍地址	縣	鄉鎮	路	段	巷	弄	號	樓	室											
	市	市區	街																	
<input checked="" type="checkbox"/> 聯絡地址	縣	鄉鎮	路	段	巷	弄	號	樓	室											
	市	市區	街																	
<input checked="" type="checkbox"/> 聯絡電話	( )		資料項目範圍	<input type="checkbox"/> 1. 年 月至 年 月就醫資料 (擇一勾選): <input type="checkbox"/> 簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」) <input type="checkbox"/> 費用格式 <input type="checkbox"/> 醫令格式 <input type="checkbox"/> 2. 投保資料 (擇一勾選): <input type="checkbox"/> 目前在保資料 <input type="checkbox"/> 全部。 <input type="checkbox"/> 3. 其他 。 <small>註: 1.授權保險公司申請僅提供上述第1之簡易格式或2項資料。 2.囿於保險人資料庫容量,上述資料僅就主機現有檔案範圍提供。</small>																
	使用目的			當事人簽名	日期	年 月 日														
代理人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號													
	戶籍地址	縣	鄉鎮	路	段	巷	弄	號	樓	室										
聯絡地址	市	市區	街																	
聯絡電話	( )		與本人關係	代理人簽名			年 月 日													
	申請日期																			
公司行號	名稱:				公司地址:															
	負責人姓名:				公司電話:															
應附證明文件	1. 當事人授權書 2. 當事人身分證正反面影本或戶口名簿影本 (臨櫃申請, 請檢附正本以供查驗) 3. 代理人身分證明文件正反面影本 (臨櫃申請, 請檢附正本以供查驗) 4. 其他 _____																			

## 當 事 人 授 權 書

本人茲因 (事由) 之需要, 同意由代理人 (與本人關係: ) 向全民健康保險保險人申請提供 年 月至 年 月之資料(如申請書所勾選之資料項目及範圍), 且作為 之用(如: 壽險理賠)。  
 如代理人有逾越授權申請資料之範圍, 或將申請之資料作為它用時, 由代理人依法負責。資料影本 不需要、需要 請中央健康保險署以掛號副知本人, 郵遞費用由代理人支付中央健康保險署。

授權人(即保險對象)姓名: (親自簽章) 授權日期 年 月 日

(簽名+蓋章)