



第一保

傷害健康保險理賠申請書

第一保收件章

公司網址 <http://www.firstins.com.tw>

24 小時服務專線：0800-288068

111.04 版

申請類別	☐ 新申請 ☐ 續賠件/賠案號碼：		賠案號碼	保單號碼	
申請項目	☐ 身故 ☐ 失能 ☐ 重大疾病 ☐ 癌症 ☐ 實支實付醫療 ☐ 住院日額 ☐ 疫苗險 ☐ 其他_____				
基本資料	☒ 被保險人	☒ 身分證號碼		☒ 出生日期	
	☒ 通訊地址			事故時工作內容	
	☒ 行動電話	☒ 連絡電話	e-mail		
	※填寫行動電話，本公司將作為發出理賠簡訊服務之用。				
事故說明	☒ 事故時間	年 月 日 時 分		☒ 事故地點	
	☒ 事故經過	請詳實敘述，以免影響權益：			
	☒ 處理單位	分局/派出所		☒ 員警姓名	☒ 連絡電話
	☒ 初診醫院/診所名稱			☒ 自費用藥	☐ 有（請提供自費用藥藥用明細） ☐ 無
保險金給付方式	☐ 匯款（請檢附存摺影本，未提供匯款帳號，將以支票方式給付） ☐ 支票				
	戶名	金融機構名稱		銀行/郵局 分行/支庫	
	金融機構代號	匯款帳號			
說明：1. 受款人為保單所載受益人；若受益人為一人以上，各受益人須另分別填寫金融匯款資料。 2. 匯款帳戶須為受益人本人所有，並請檢附身分證正反面及存摺戶名帳號資料影本。					
同意查詢聲明書	茲因向第一產物保險股份有限公司申請保險給付之需要，由立同意書人(下稱本人)以 ☐ 被保險人 ☐ 受益人 ☐ 法定代理/監護、輔助人之身分，同意下列事項：1. 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。2. 同意任何醫院(師)、診所、地檢署、警方、保險公司等單位，提供 貴公司及所授權之查證公司調閱、抄錄或影印所有就診病歷、電腦檔案資料、與本案有關之筆錄、報告、相關資料及保險相關紀錄以為參證之用，並聲明本同意書之影本與原本具同等效力。				
個資暨授權同意書	本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人、受益人之個人資料，有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。本人已確實詳閱貴公司「履行個人資料保護法告知義務內容暨同意書」(詳細內容請參閱本申請書第二頁所示)之內容，並同意提供個人資料以供 貴公司使用。 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暨同意書」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相關法令規範之範圍內(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。本人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。				
立同意書人對於同意查詢聲明書、個資暨授權同意書之內容已充分瞭解，並同意授權 貴公司於業務範圍及法令規定內使用。					
此致 第一產物保險股份有限公司					
☒	被保險人/受益人(即立同意書人)簽章：			☒	身分證字號：
☒	法定代理人/監護、輔助人簽章：			☐	身分證字號：
(被保險人未成年、受監護或輔助宣告，法定代理人、監護人或輔助人需親自簽章同意，並檢附關係證明)					
申請日期： 年 月 日					
送件單位	興華經紀 分公司/通訊處 2331-8288 保經代公司		送件人姓名	行動電話	

「若有資料造假、誇大保險事故理賠金額、預謀或故意製造或捏造保險事故、陳述或提供不實資訊等相當於保險詐欺之情事發生，將可能會危害到保單持有人之權益。」