

志工保險申請理賠注意事項

- 一 傷害保險金申請書 (正本)
- 二 志工保險執勤證明 (正本) #單位要蓋章
- 三 志工保險勤務簽到表或排班表 (影印後,單位要蓋章)
- 四 診斷書 (正本)副本不是影印本,要影印後,加蓋醫院章
- 五 醫療收據 (正本)副本不是影印本,要影印後,加蓋醫院章
- 六 住院收據一定要* 正本* 才能申請

#(可申請狀況:執勤中,上..下 執勤途中)

- 影印:::**
- 1.身份證正反面
 - 2.存摺
 - 3.警方登記聯單(車禍請檢附)

以上文件請勿使用::回收紙,舊式"感光紙"

請寄::: 高雄市鳳山區自由路224號10樓
新光產物保險 蔡易霈 小姐 收
公司電話 07-745-6131 分機303

傳真07-741-0572

行動電話 0929-129-569

光 新光產物保險 傷害健康保險金申請書 107年7月新版

新申請 續賠件

被保險人基本資料

賠案編號 _____

| | | | | | | |
|------|---------|-------|------|---|---|---|
| 保單號碼 | 姓名 | 身分證號碼 | 出生日期 | 年 | 月 | 日 |
| 服務單位 | 職稱/工作內容 | 志工 | 公司電話 | | | |

事故\疾病發生概述 (一張申請書限申請一次事故)

| | | | | | |
|------|---|---|---|---|------|
| 事故日期 | 年 | 月 | 日 | 時 | 事故地點 |
|------|---|---|---|---|------|

申請項目 身故保險金 失能保險金 意外醫療保險金 健康醫療保險金 其他 _____

事故或病發經過說明(請詳述事故發生原因,何時發生,經過情形,務必據實填寫,以免影響權益)

事故或病發經過說明(請詳述事故發生原因,何時發生,經過情形,務必據實填寫,以免影響權益)

由警方處理

分局 _____ 派出所
員警, 電話: _____

是否投保其他家傷害(健康)保險? 否 是, 請告知 _____ 公司。

是否曾因此(或類似)病症接受治療? 否

是, 請告知醫院名稱 _____、病名 _____、看診日 _____

調查同意暨聲明書

- 本人(被保險人)同意新光產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險公司將本要保書上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線,並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考,但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠,不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 立同意書人因向新光產物保險股份有限公司(下稱新光產物)申請被保險人 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生;身分證號 _____) 保險給付之需要,以保險契約受益人(與被保險人關係 本人) 之身分,同意貴醫療院所、健保署、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所指派之人員 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、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。
上述欄位如有空白,立同意書人同意委由新光產物職員代為填寫,並聲明:立同意書人同意並委託新光產物就本同意書為影印使用且本同意書之影本與正本具同等效力。
- 立同意書人已詳閱申請書次頁「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」,並同意新光產物於理賠目的及法令許可範圍內,蒐集、電腦處理及利用本人之個人資料,並將前開資料轉送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、財團法人保險犯罪防制中心及財團法人保險事業發展中心建立電腦連線資料。
- 若提出身故理賠時,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,立同意書人(受益人)同意新光產物將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

此致 新光產物保險股份有限公司及各有關醫療院所暨相關單位

立同意書人(即受益人): _____

法定代理人: _____

身分證字號: _____ (簽章)

身分證字號: _____ (簽章)

申請日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | |
|------|--------------------------|----------|
| 聯絡地址 | <input type="checkbox"/> | 聯絡(行動)電話 |
| | <input type="checkbox"/> | E-MAIL |

付款方式

若蒙貴公司核付保險金,同意依下列勾選之給付方式辦理(未勾選則以支票給付)。

支票:一律開具指名受益人、禁止背書轉讓、劃線之支票,若有特殊原因欲取消禁背者請另填寫「票據變更切結書」。

1. 郵寄地址: _____

2. 同上開立同意書人聯絡地址。

3. 交經辦。

匯款至申請人或受益人帳戶。

匯款至法定代理人(被保險人之父母其他)帳戶(限未滿二十歲之醫療保險金受益人,並於本公司將款項匯出時,視為受益人已承認對其為給付),並檢附足以證明關係之證明文件(如:戶謄等)。*本人(被保險人之父母其他) _____

同意授權予另一法定代理人受領保險金。

立同意書人(即受益人)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。

| 戶名 | 金融機構及分行 | 金融機構及分行代號 | 帳號 |
|----|---------|-----------|----|
| | | | |

| | | | | | | | |
|-------|-----|-------|--|-------|--|------|--|
| 送件人姓名 | 蔡易雷 | 送件人編號 | | 送件人ID | | 電話號碼 | |
|-------|-----|-------|--|-------|--|------|--|

高雄市 政府 社會 局
107 年志願服務人員意外事故保險
【志願服務人員執勤證明】

1. 所屬志願服務運用單位：
2. 志願服務人員姓名：
3. 身分證字號：
4. 執勤內容：
5. 執勤地點：
6. 意外事故發生時間： 年 月 日 時 分

- 執行職務中 由家中前往執勤途中
 執勤完畢返家途中 其他：

8. 志願服務運用單位：（請用印）

承辦人員：

聯絡電話：

補充說明：

- 一、 本公司提供之志工保險僅保障服務期間，及往返之交通時間(2小時)故請服勤單位協助用印，加以確認資料。(或提供時數證明、簽到資料)
 - 二、 請將上述資料，連同申請書、診斷書、收據(收據使用副本需醫院用印)寄回本公司辦理後續理賠即可。
-
-