



# 臺灣產物保險

Taiwan Fire & Marine Insurance Co., Ltd.

## 意外傷害保險金申請書

申請事項：身故 殘廢 住院醫療日額 實支實付醫療 其他\_\_\_\_\_

保單號碼： \_\_\_\_\_ 事故者姓名： \_\_\_\_\_ 身分證字號： \_\_\_\_\_

事故者住址	_____	出生日期	年 月 日
任職機構	_____	住所聯絡電話	_____
職務及工作內容	_____	行動電話	_____
任職地址	_____	公司電話	_____

事故日期： 年 月 日 時 分 事故地點 (請務必詳細填寫)： \_\_\_\_\_

事故原因 (請務必詳細填寫)  
\_\_\_\_\_

有 無 警方處理 單位： \_\_\_\_\_ 分局 派出所 處理員警姓名： \_\_\_\_\_

有 無 救護車紀錄： \_\_\_\_\_ 承辦員警電話： \_\_\_\_\_

就診身份：健保 自費 其他 \_\_\_\_\_

是否向其他保險公司申請理賠？ 否 是保險公司名稱： \_\_\_\_\_

目前體況 已痊癒 治療中 門診中 住院中

曾就診 1. \_\_\_\_\_ 醫院，病歷號碼 \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 醫院，病歷號碼 \_\_\_\_\_

### 給付方式

支票寄送 (受益人送件單位) 寄送地址：  \_\_\_\_\_

匯款

被保險人投保臺灣產物保險公司保險，今發生上述意外事故申請理賠，特聲明本申請書所寫均為真實且上述匯款帳戶確為本人所有，上述保險金額如蒙 貴公司核定給付，茲請 貴公司以上列本人選擇方式給付並同意 貴公司依本人所指示將理賠金額匯入指定帳戶或開立支票寄送本人或送件單位後，貴公司即已履行上述事故理賠義務。若因上述填寫資料錯誤致誤匯或誤時概由本人負責，並視為保險金已給付絕無異義。

(匯款須為受益人本人帳戶，並請檢附金融機構存摺影本)

\_\_\_\_\_ (銀行、郵局) \_\_\_\_\_ (分行、局號) 帳號 \_\_\_\_\_

被保險人/受益人簽章： \_\_\_\_\_ 身分證字號： \_\_\_\_\_

(醫療及殘廢保險金之受益人為事故者本人)

法定代理人簽章： \_\_\_\_\_ 身分證字號： \_\_\_\_\_

(受益人為未成年人或禁治產人需填寫)

### 同意查詢授權書

因向 臺灣產物保險股份有限公司 申請保險給付之需要，立授權書以 被保險人本人父母繼承人(關係： \_\_\_\_\_) 之身份，同意由該公司指派人員為代理人向醫院(診所)、健保局、警察局(派出所、交通隊)、醫務人員、地檢署、保險公司申請調閱、抄錄或影印所有就診紀錄、病歷、電腦檔案資料或本案事故資料以為參證之用。

此致 各有關單位、人員。(本授權書之影本與正本具同等效力)

被保險人/受益人簽章： \_\_\_\_\_ 身分證字號： \_\_\_\_\_

(醫療及殘廢保險金之受益人為事故者本人)

法定代理人簽章： \_\_\_\_\_ 身分證字號： \_\_\_\_\_

(受益人為未成年人或禁治產人需填寫)

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

送件 單位	服務人員	受理收文章
	聯絡電話	