富邦產物保險股份有限公司

個人新種保險理賠申請書

（附件一）

申請類別	□個人保險　□團體保險→要保單位：　　統一編號：					
申請事項	□意外傷害　□疾病　□責任險　□旅遊不便險　□其他					
保單號碼		E-mail				
被保險人		出生　年　月　日	身份證號		保險期間	
事 故 人		出生　年　月　日	身份證號		與被保險人關係:	
事 故 人 電話/地址	(公)　(宅)　手機:　FAX:					
聯 絡 人		電話	(O)　(H)		傳真	
就診身份	□健保□自費	工作中發生□是□否, 工作內容：				
事故發生　年　月　日 上/下 午　時		事故發生地點：				
警方處理單位　分局　派出所/交通隊　處理警員：　電話：						
是否投保其它保險公司保險：□否 □是，如是請告知：						
請詳述事故發生經過(**請據實填寫，以免影響理賠權益**)：						

茲特聲明本申請書所填各項均為真實情形，否則自願放棄保險單之一切權利。

要保單位大小章：（申請團險時使用）

被保險人/受益人：　(簽名蓋章)

法定代理人：　(簽名蓋章)

申請人：　(簽名蓋章)

年　月　日

□同意 □不同意　貴公司依電腦處理個人資料保護法與金融控股公司法及其他相關法令規定，提供本人之基本資料和保險資料予貴公司所屬之金控集團其他保險子公司理賠參考。惟本人得隨時通知　貴公司終止此授權。

□同意 □不同意　貴公司代轉本人所提供之理賠申請文件予富邦人壽辦理理賠申請。

付款方式：□支票 □匯款(請附存摺影本)

戶名：_____金融機構名稱：_____銀行(郵局)_____分行(支庫、支局)

金融機構名稱代號 □□□□□□□　匯款帳號 □□□□□□□□□□□□□□□

同　意　書

本人同意授權富邦產物保險股份有限公司逕向任何醫院、診所、醫師、保險公司、警政單位或消防救護單位請領、調閱事故人之病歷摘要、檢查數據與報告及其他醫療/事故紀錄資料，本人並同意，為使各項作業順利進行，本同意書之影本與正本具同等效力。

立授權書人：　(簽名蓋章) 身份證字號：

法定代理人(或監護人)：　(簽名蓋章) 身份證字號：

中　華　民　國　年　月　日

賠案號碼	□ **小額賠款案** □ **一般案**	**送件人員:**	**電話:**	**接案人員:**
		送件日期:		**接案日期:**