



※請詳閱書頁「給付約定事項」及「申請注意事項」說明

※申請書除虛線灰底欄位視需要填載外，其餘資料請詳細填寫，以利縮短作業時間。

員工資料	要保單位					保單號碼						
	員工姓名					部門別						
	身分證統一編號					員工代號						
事故人及申請項目	姓名					與員工關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶					
	身分證統一編號						<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母					
	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 全殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病/長期看護/豁免/失能/重症燒燙傷 <input type="checkbox"/> 醫療保險金 <input type="checkbox"/> 殘廢保險金(二至十一級) <input type="checkbox"/> 其他 _____ 是否須要差額證明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(若未勾選視同否)											
事故原因	事故日期	年	月	日	時	若為意外傷害事故，請續填右側資料，以利理賠審核作業	事故地點		事故時職業		事故時工作內容	
	事故(就診)原因					處理單位	地檢署		分局/派出所	員警		
	就診身分	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 其他				請簡述事故經過，如有媒體報導或警方資料，請一併提供。						

給付方式

※若蒙貴公司核付保險金，同意背頁「給付約定事項」及依下列勾選之給付方式辦理。  
支票：一律開具指名受益人、禁止背書轉讓、劃線之支票；若有特殊原因欲變更者請另填寫「支票更改切結書」。  
匯款：請受益人另填寫下列『金融機構匯款同意書』。

**金融機構匯款同意書**

立同意書人(事故者或受益人)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(請參背頁填寫範例及說明)內，並聲明下列帳戶確為立同意書人之帳戶，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；若致無法匯款或匯款金額逾限額者，同意 貴公司一律改以支票支付，絕無異議。

戶名(受益人)	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳號(郵局需含局號)

服務人員簽章：\_\_\_\_\_ 服務人員ID：\_\_\_\_\_ 送件單位：\_\_\_\_\_ 通訊處，代號：\_\_\_\_\_

服務人員電話：\_\_\_\_\_ 送件日期：\_\_\_\_\_ 送件單位主管簽章：\_\_\_\_\_

※服務人員應見證簽章部分確為申請人本人、法定代理人本人親自簽章，如有因不實簽章致生紛爭，應負相關法律責任。

**查詢同意書**

立同意書人(事故者或受益人)因向新光人壽保險股份有限公司申請被保險人\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生；身分證統一編號\_\_\_\_\_) 保險給付之需要，以保險契約受益人(與被保險人關係\_\_\_\_\_)之身分，同意貴醫療院所、健保局、檢驗所、地檢署、警察(分)局、派出所、消防、救護、產、壽險公會及各保險公司等相關機關/單位協助並提供新光人壽保險股份公司所指派之人員調閱、抄錄、影印或詢問被保險人就診之病歷及相關資料，並聲明本同意書影本與正本具同等效力。恐口說無憑，特立此書為證。

此致 各有關醫療院所暨相關單位

※茲依保險單條款約定提出理賠申請，並同意 貴公司(1)查閱被保險人相關之醫療紀錄及病歷資料。(2)得將被保險人有關本件理賠申請案之相關資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理理賠時之參考或法令規定之正當用途。(3)得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對被保險人個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。(4)依「給付方式」欄及「查詢同意書」之內容辦理。

此致 新光人壽保險股份有限公司

要保單位蓋章：\_\_\_\_\_

事故人或受益人簽章：\_\_\_\_\_ 法定代理人 簽章：\_\_\_\_\_  
 監護人/輔助人

身分證統一編號：\_\_\_\_\_ 身分證統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡地址：(郵遞區號\_\_\_\_\_) 聯絡(行動)電話：(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (※申請人為未成年人者併應由法定代理人本人親自簽章)

機密等級：機密

### 推派具領同意書

立同意書人及具領人為保險單號碼\_\_\_\_\_號保險契約之繼承人，茲因被保險人  
\_\_\_\_\_死亡，全體繼承人同意共推\_\_\_\_\_代為申請並具領醫療/身故保險金  
(即以其作為保險金受款人)，絕無異議。

本保險金具領後，若有繼承或冒領等糾紛情事，概由同意人及具領人等自行負責，與貴公司無涉。

此 致

新光人壽保險股份有限公司 台 照

具領人： 法定代理人/監護人/輔助人：  
身分證統一編號： 身分證統一編號：  
地 址： 地 址：

同意人： 法定代理人/監護人/輔助人：  
身分證統一編號： 身分證統一編號：  
地 址： 地 址：

同意人： 法定代理人/監護人/輔助人：  
身分證統一編號： 身分證統一編號：  
地 址： 地 址：

同意人： 法定代理人/監護人/輔助人：  
身分證統一編號： 身分證統一編號：  
地 址： 地 址：

同意人： 法定代理人/監護人/輔助人：  
身分證統一編號： 身分證統一編號：  
地 址： 地 址：

中 華 民 國 年 月 日

<p>茲見證本推派具領同意書經核對當事人身分證件，確為當事人本人並親自簽署無誤，如有不實見證，致公司受有損害者，願負相關法律責任。</p> <p>見證人(服務人員)簽章： 年 月 日</p>	<p>茲證明該見證人(服務人員)確為本單位人員，見證人簽章處確由該員親自簽章無誤。</p> <p>主管簽章： 年 月 日</p>
---	--

- 注意事項：
1. 「繼承人」需檢附全部戶籍謄本及繼承系統表，以證明全體繼承人數、年齡。有未成年人者，需經法定代理人同意。
  2. 同意人(即具領人以外之其他繼承人/受益人)全體需在同意人處簽名蓋章，並檢附身分證明文件。