第一保

第一產物志工團體傷害保險理賠申請書

第一保
收件章

掃碼後加入本公司Line好友並綁定為公司官網會員，可查詢理賠進度。

公司網址 http：//www.firstins.com.tw　　24 小時服務專線：0800-288068　　**113.11 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 □實支實付傷害醫療 □住院日額 □其他_____

基本資料

被保險人		身分證號碼		出生日期	
通訊地址				服務單位	
行動電話		連絡電話		e-mail	

※請務必填寫行動電話，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：		是否發生於執行志工職務期間	□是，請提供志願服務人員執勤證明。 □否
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）　　□支票(禁止背書轉讓)

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	分公司/通訊處 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。」

第一產物保險股份有限公司履行個人資料保護法告知義務內容暨同意書

第一產物保險股份有限公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第 6 條第 2 項、第 8 條第 1 項及第 9 條第 1 項規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：

（一）財產保險（Ｏ九三）

（二）人身保險（ＯＯ一）

（三）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（一八一）

二、蒐集之個人資料類別：

一般個資（包括但不限於姓名、出生年月日、國民身分證統一編號、護照號碼、婚姻、家庭、教育、職業、聯絡方式、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料）、特種個資（病歷、醫療、健康檢查等，於法令許可範圍內者）。

三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）：

（一）要保人/被保險人

（二）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構

（三）當事人之法定代理人、輔助人

（四）各醫療院所

（五）與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：

（一）期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。

（二）對象：本（分）公司及本公司海外分支機構、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、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。

（三）地區：上述對象所在之地區。

（四）方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有　台端之個人資料得行使之權利及方式：

（一）得向本公司行使之權利：

1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。

2.向本公司請求補充或更正。

3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

（二）行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

註：本公司官網（https://www.firstins.com.tw），如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800-288-068，免付費客服專線。

本人已確實詳閱上述之同意書內容，並同意提供上述之個人資料以供貴公司使用。

理賠申請文件黏貼處

被保險人／受益人存摺影本
存摺影本黏貼處

被保險人／受益人身分證影本	
身分證影本黏貼處（正面）	身分證影本黏貼處（反面）

法定代理人身分證影本	
身分證影本黏貼處（正面）	身分證影本黏貼處（反面）

志願服務證	
志願服務證影本黏貼處（正面）	志願服務證影本黏貼處（反面）

申請理賠應注意事項

一、 受益人：

(一)於請領失能保險金或醫療保險金者，係指發生保險事故之被保險人。

(二)於請領身故保險金者，係指保險單上所指定之身故受益人。

二、 填寫、簽章及身分驗證注意事項：

(一)受益人為未成年者，應由其法定代理人代為填寫身分資料及簽章，並檢附受益人與法定代理人之關係證明。

(二)受益人受監護宣告或輔助宣告尚未撤銷者，請檢附法院為監護宣告或輔助宣告之裁定書，並須由其監護人或輔助人代為填寫及簽章及身分證明文件影本。

三、 申請項目如有多項時，亦請同時打勾註明。

四、 本公司得視依個案狀況（如傷害致腦出血、椎間盤突出等），要求被保險人或受益人提供相關佐證資料或文件。

五、 為保障保戶權益，理賠支票一律抬頭、劃線且禁止背書轉讓。

六、 為儘快領受保險金，付款方式請選擇匯款，並檢附金融機構存摺正面影本。

七、 其他未表述事項或給付項目應檢具文件，請參酌保單條款約定或與您的服務人員聯絡或撥打本公司免付費電話。

八、 於備妥申請理賠相關文件後，請郵寄至本公司（地址：10049 臺北市中正區忠孝東路一段 54 號 9 樓)「傷害健康保險部理賠課」收，或就近送交本公司各服務據點（詳本公司網站 http：//www.firstins.com.tw）完成書面申請手續；若有問題請電洽本公司。

志工團體傷害保險申請各項保險金應檢具文件

（摘要如下，詳請參閱保單條款規定）

申請項目 / 應備文件	身故保險金	失能保險金	實支實付傷害醫療	住院日額
理賠申請書	V	V	V	V
受益人身分證明文件（例：身分證正反面影本、戶口名簿影本）	V	V	V	V
志願服務證影本	V	V	V	V
志願服務人員執勤證明正本（僅限投保執行職務期間保單之志工需提供）	V	V	V	V
意外傷害事故證明文件（例：交通事故登記聯單、報案單）	V	V	V	V
相驗屍體證明書/死亡證明書	V			
被保險人除戶戶籍謄本、繼承系統表	V			
失能證明書		V		
診斷證明書	V	V	V	V
公立或指定教學醫院出具之診斷書		V		
醫療費用收據（正本或經醫療院所用印之副本，不受理影印本，自費用藥請另提供用藥明細）			V	
醫療費用明細表（正本或經醫療院所用印之副本，不受理影印本，自費用藥請另提供用藥明細）			V	
病理組織報告或相關醫學檢驗報告	依案件需要	依案件需要	依案件需要	依案件需要
受傷部位之X光或其他影像檢查光碟及檢查報告	依案件需要	依案件需要	依案件需要	V
其他相關佐證資料或文件	依案件需要	依案件需要	依案件需要	依案件需要