



國寶人壽

保險金申請書



送件單位
受理章

保單號碼		事故人姓名：	身分證字號
------	--	--------	-------

事故人會晤地址：	出生日期： 年 月 日	電話：
----------	-------------	-----

申請項目	1. <input type="checkbox"/> 意外傷害醫療 2. <input type="checkbox"/> 失能給付 3. <input type="checkbox"/> 住院醫療 4. <input type="checkbox"/> 溫馨日額 5. <input type="checkbox"/> 終身日額 6. <input type="checkbox"/> 全福醫療 7. <input type="checkbox"/> 癌症 8. <input type="checkbox"/> 重大疾病 9. <input type="checkbox"/> 豁免保費 10. <input type="checkbox"/> 殘廢 11. <input type="checkbox"/> 身故 12. <input type="checkbox"/> 老年提前給付 13. <input type="checkbox"/> 其他_____
------	--

意外事故發生時間：_____年_____月_____日_____午_____時，事故人工作內容：_____

事故地點及經過：_____

處理憲警：_____分局_____派出所，警員姓名：_____電話：_____

聲 明 書 (限申請醫療保險金適用，如被保險人未滿 20 足歲且無帳戶者，得指定由法定代理人代收)

本人向貴公司申請理賠給付，因未立帳戶，為便利作業，請貴公司將給付款給付予_____代收

，如因此致貴公司不利或損害，願連帶負擔返還本次給付款之責，絕無異議。

此致

國寶人壽保險股份有限公司 事故人/受益人簽章：_____ 法定代理人簽章：_____

(7 足歲以上者必須親自簽名)

送件單位代號:_____ 業務員姓名:_____ 身分證字號:_____ 行動:_____

付款方式: 支票 匯款(請填寫下列資料或提供存摺影本)

_____銀行_____分行，帳號_____，戶名_____

或郵局存簿儲金局號 — 帳號 —，戶名_____

為協助受款人儘快領到保險金，本公司將儘量以匯款方式給付，申請時請一併檢附存摺正面影本

同意查詢聲明書

1.茲有事故者_____ (_____年_____月_____日生,身分證字號_____) 因申請國寶人壽保險股份有限公司保險給付之需要,由立同意書人以事故者本人父母配偶子女繼承人 (關係:_____)之身分,同意並授權國寶人壽保險股份有限公司指派之人員向 貴醫院(診所)、警局、(派出所、交通隊)、地檢署、壽險公會、保險同業等單位,索引、調閱、抄錄或影印所有就診病歷、檢查報告(數據)、電腦檔案資料、投保資料及其他與本事故相關之資料以為參證之用。

此致

各有關醫院(診所)、警局、(派出所、交通隊)、地檢署、壽險公會、保險同業等相關單位

2.願配合國寶人壽保險股份有限公司隨時提供必要所須文件協助查詢。

3.同意國寶人壽保險股份有限公司將被保險人有關本件理賠申請案之相關資料轉送中華民國人壽保險商業同業公會建立電腦資料庫,供其他保險公司理賠查詢之用或法令規定之正當用途。

4.本聲明書同意由國寶人壽保險股份有限公司影印後使用，影印本與正本具同等效力。恐口說無憑，特立此書為證。

立同意書人/受益人：_____

(立同意書人) (簽章)

法定代理人(關係)：_____

(立同意書人為未成年人或禁治產人填寫) (簽章)

身分證字號:

身分證字號:

地 址:

地 址:

中 華 民 國 年 月 日