



申請項目	<input checked="" type="checkbox"/> 一般醫療 <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 其他：_____
------	--

保單號碼	3001234567、7112589658	(可填多張)
------	-----------------------	--------

被保險人姓名	王 ○ 美	身分 ID	E	2	2	6	6	6	7	7	7	7
--------	-------	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

出生日期	1997/10/10	職業	學生
------	------------	----	----

申請團險填寫	事故者與員工關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他：_____
--------	---

員工姓名/員編		身分 ID										
---------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※請詳述事故原因、發生地點、經過情形及曾經就診醫院診斷：(請據實填寫，以免影響理賠權益)
 回家途中被機車撞到

付款方式

※提醒您：選擇匯款者，倘若戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得逕行改以禁背支票給付。

<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 交由服務人員親自遞送	戶名、行庫及其分行名稱務必填寫正確，以免退匯。 <input type="checkbox"/> 中國信託(須繳附中國信託帳戶資料)
<input checked="" type="checkbox"/> 匯款	<input type="checkbox"/> 匯款至前次理賠帳號 <input type="checkbox"/> 設定為下期健康檢查金給付帳號	

戶名	行庫名稱	分支行庫名稱	帳號
王 ○ 美	中國信託商業銀行	城中分行	123456789012

行動電話	0901-234-567	市話	(02) 8765-4321
------	--------------	----	------------------

地址	100 台北市中正區忠孝西路一段 50 號 2 樓
----	---------------------------

- 填寫行動電話，案件受理及給付時會以簡訊通知。
- 填寫目前地址，公司會將理賠明細郵寄給您。

申請身故件/完全失能保險金，因保單已遺失
 為保留健康增值保險金，立書人同意本次不申

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項

本人(被保險人)同意貴公司於保險業務範圍內，得蒐集、處理及利用本人相關病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與貴公司各項業務內所委託往來之第三人或有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。

本人(身故保險金受益人)同意本公司將本次理賠申請所附之相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料

受益人務必親自簽名

立書人簽章 (即受益人本人)	王 ○ 美	身分證字號	E	2	2	6	6	6	7	7	7	7
-------------------	-------	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

西元	111	年	7	月	9	日
----	-----	---	---	---	---	---

要保單位	送件單位：	受理欄位	送件單位	理賠單位
	職稱：		受理日期	受理日期
	送件人姓名：			
	登錄證證字號：			
	手機：			





申請項目	<input checked="" type="checkbox"/> 一般醫療 <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 其他：_____
------	--

保單號碼	3001234567、7112589658	(可填多張)
------	-----------------------	--------

被保險人姓名	王 ○ 美	身分 ID	E 2 2 6 6 6 7 7 7 7
--------	-------	-------	---------------------

出生日期	1997/10/10	職業	學生
------	------------	----	----

申請團險填寫	事故者與員工關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他：
--------	---

員工姓名/員編	王○明/001212	身分 ID	A 1 1 2 0 2 0 1 1 1
---------	------------	-------	---------------------

※請詳述事故原因、發生地點、經過情形及曾經就診醫院診斷：(請據實填寫，以免影響理賠權益)
 回家途中被機車撞到

付款方式

※提醒您：選擇匯款者，倘若戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得逕行改以禁背支票給付。

<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 交由服務人員親自遞送	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 戶名、行庫及其分行名稱務必填寫正確，以免退匯。 </div>
<input checked="" type="checkbox"/> 匯款	<input type="checkbox"/> 匯款至前次理賠帳號 <input type="checkbox"/> 設定為下期健康檢查金給付帳號	

戶名	行庫名稱	分支行庫名稱	帳號
王 ○ 美	中國信託商業銀行	城中分行	123456789012

行動電話	0901-234-567	市話	(02) 8765-4321
------	--------------	----	------------------

地址	100 台北市中正區忠孝西路一段 50 號 2 樓
----	---------------------------

- 填寫行動電話，案件受理及給付時會以簡訊通知。
 - 填寫目前地址，公司會將理賠明細郵寄給您。
- 申請身故件/完全失能保險金，因保單已遺失
 為保留健康增值保險金，立書人同意本次不申

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項

本人(被保險人)同意貴公司於保險業務範圍內，得蒐集、處理及利用本人相關病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與貴公司各項業務內所委託往來之第三人或有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。

本人(身故保險金受益人)同意本公司將本次理賠申請所附之相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料

受益人務必親自簽名

立書人簽章 (即受益人本人)	王 ○ 美	身分證字號	E 2 2 6 6 6 7 7 7 7
-------------------	-------	-------	---------------------

西元	111	年	7	月	9	日
----	-----	---	---	---	---	---

要保單位	送件單位：	受理欄位	送件單位	理賠單位
	職稱：		受理日期	受理日期
	送件人姓名：			
	登錄證證字號：			
	手機：			