



信用卡綜合保險旅行平安險理賠申請書

( 傷害醫療、身故、失能 ) **專用**

保單號碼：

(本欄由華南保險填寫)

賠案號碼：

刷卡銀行： <p style="text-align: center;">華泰銀行</p>	卡別： <input type="checkbox"/> 晶緻卡 <input type="checkbox"/> 金卡 <input type="checkbox"/> 普卡	信用卡有效期間：      年      月
持卡人：	身分證字號：	卡號：
出生日期：      年      月      日	電話： 行動電話：	電子信箱：
通訊地址：□□□		

本次事故同行者亦用上述信用卡支付全額機票或旅行團之80%團費者，與持卡人之關係：

本人 配偶：      25歲以下未婚子女：

理賠申請項目：

身故保險金       傷害醫療保險金  
 失能保險金       移靈費用

※理賠所需文件請參照附表之規定

事故發生時間：

年      月      日      時

事故發生地點：

事故發生原因：(簡要說明-意外傷害等經過，如經警方處理，請告知處理之警察單位、地址及員警姓名)

醫院名稱：

就診身份：全民健保      自費      其他

※ (國外醫療費用單據需至健保局核退)

**同意書**

\* 被保險人/受益人(以下簡稱本人)已審閱並瞭解華南產物保險股份有限公司(以下簡稱貴公司) 所提供之「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。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本人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。

\* 本人鄭重聲明申請書上所載均屬實無誤，並無隱瞞或不實說明等情事，否則自願放棄保險單之一切權利。

\* 本人同意貴公司調閱及查證一切有關此次理賠申請之資料(如病歷、帳務、警方或法院資料等)。如本人檢附之理賠文件內包括相驗屍體證明書(或死亡證明書)時，本人同意華南產物保險股份有限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。

被保險人/ 受益人簽章：\_\_\_\_\_ 法定代理人(或監護人)簽章：\_\_\_\_\_

▲請務必簽名

賠款領受人

(帳戶名)：\_\_\_\_\_

行動電話：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

(請檢具存摺封面影本)

郵局存簿儲金—立帳郵局\_\_\_\_\_郵局

局號：□□□□□□ — □

帳號：□□□□□□□□ — □

\_\_\_\_\_銀行\_\_\_\_\_分行

\_\_\_\_\_信用合作社\_\_\_\_\_分社

帳號(請檢具存摺封面影本)

□□□□□□□□□□□□□□□□

信用卡綜合保險理賠申請文件明細表

申請項目	所附佐證文件 (請於文件寄出前確認是否齊備)
身故保險金	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ 信用卡綜合保險理賠申請書</li> <li>▲ 以指定之信用卡支付全額機票或旅行團團費 80%以上之刷卡證明文件(銀行對帳單明細)</li> <li>▲ 機票訂位收據或團費收據(旅行社代收轉付收據)</li> <li>▲ 搭乘公共運輸工具票證 (如:飛機票、高鐵票、火車票或船票)</li> <li>▲ 受益人之身份證明 (身份證正、反面影本或戶籍謄本)</li> <li>▲ 被保險人除戶籍謄本</li> <li>▲ 相驗屍體證明書或死亡診斷書</li> <li>▲ 其它經本公司需要之意外事故證明文件</li> </ul>
失能保險金	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ 信用卡綜合保險理賠申請書</li> <li>▲ 以指定之信用卡支付全額機票或旅行團團費 80%以上之刷卡證明文件(銀行對帳單明細)</li> <li>▲ 機票訂位收據或團費收據(旅行社代收轉付收據)</li> <li>▲ 搭乘公共運輸工具票證 (如:飛機票、高鐵票、火車票或船票)</li> <li>▲ 被保險人之身份證明 (身份證正、反面影本)</li> <li>▲ 機能障礙診斷書</li> <li>▲ 其它經本公司需要之意外事故證明文件</li> </ul>
傷害醫療保險金	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ 信用卡綜合保險理賠申請書</li> <li>▲ 以指定之信用卡支付全額機票或旅行團團費 80%以上之刷卡證明文件(銀行對帳單明細)</li> <li>▲ 機票訂位收據或團費收據(旅行社代收轉付收據)</li> <li>▲ 搭乘公共運輸工具票證 (如:飛機票、高鐵票、火車票或船票)</li> <li>▲ 醫療費用單據<b>正本</b> (國外就診另附健保局費用核退表) (請先至健保局核退)</li> <li>▲ 醫療診斷書 <b>正本</b></li> <li>▲ 被保險人之身份證明 (身份證正、反面影本)</li> <li>▲ 其它經本公司需要之意外事故證明文件 (領隊意外事故證明單、出入境證明等)</li> </ul>

**申請理賠項目費用明細：**\* 請務必依醫療單據之內容及金額詳實填載以利作業之審核。

日期	費用項目	申請金額
		(請載明幣別以免無法辨識而短少理賠金額)
合計		

**理賠文件請備齊後(掛號)郵寄至下列地址：**

台北市信義區基隆路一段 176 號 4 樓 信用卡理賠中心 收  
電話:(02) 2756-2200 #3817、3818 傳真:(02)2748-6476

備註： 如因個案需要，保險公司得向被保險人要求，另行提供必要資料。



產險業履行個人資料保護法告知義務內容

華南產物保險公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)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(0九三)。
- (二)人身保險(00一)。
- (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:

包括但不限於姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、職業、財務情況、其他得以直接或間接方式識別該個人之資料,詳如相關業務申請書或契約書內容。

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、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險犯罪防制中心、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(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用):

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】上開告知義務內容已公告於本公司官網(<http://www.south-china.com.tw/>),如有任何問題歡迎洽詢本公司0800-010850免付費專線。

102.5版