

保單號碼： <small>(本欄由保險公司填寫)</small>	賠案號碼： <small>(本欄由保險公司填寫)</small>
-------------------------------------	-------------------------------------

被保險人姓名：	身分證字號：	出生日期：
---------	--------	-------

聯絡地址：	聯絡電話：
-------	-------

事故發生時間：	事故發生地點：
---------	---------

請詳述事故發生經過：

申請項目(請勾選並詳述事故發生經過)

<input type="checkbox"/> 個人責任保險 <small>【自負額 2,500】</small>	財損項目：	第三人體傷狀況：	求償金額：
<input type="checkbox"/> 旅遊文件重置費用	出發地機場：	文件遺失地點：	預定行程起飛時間： 年 月 日 時 分
	文件遺失時間：	目的地機場：	實際行程起飛時間： 年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 行李延誤 <small>(抵達目的地(不含原出發地或居住地)六小時後,仍未送達)</small>	託運航空公司：	出發地機場：	預計到達時間： 年 月 日 時 分
	搭乘班機號碼：	延誤地點：	行李領回時間： 年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 行李損失 <small>(竊盜、強盜與搶奪或旅館、公共交通之業者處理失當)</small>	損失地點：	損失原因：	
<input type="checkbox"/> 班機延誤 <input type="checkbox"/> 班機改降	預定出發地機場：	預定班機號碼：	預定行程起飛時間： 年 月 日 時 分
	目的地機場：	改搭班機號碼：	實際行程起飛時間： 年 月 日 時 分
	改降機場：		
<input type="checkbox"/> 額外住宿與交通費用	住宿地點：	飯店(旅館)名稱：	
<input type="checkbox"/> 劫機慰問保險金	劫機事故之日數：		
<input type="checkbox"/> 食物中毒慰問保險金	就診醫院：	診斷結果：	
<input type="checkbox"/> 旅行期間居家竊盜保險	報案警局：	處理員警：	
<input type="checkbox"/> 信用卡盜用損失補償費用	報案警局：	處理員警：	遭盜刷之金額：
<input type="checkbox"/> 提早結束旅程之補償金	疾病診斷：	意外事故原因：	

付款方式(依下列勾選之給付方式辦理,未勾選則以支票給付)

支票：一律開具**指名受益人、禁止背書轉讓、劃線**之支票,若有特殊原因欲取消禁背者請另填寫「票據變更切結書」。

1. 郵寄地址：_____

2. 親領(取消禁止背書轉讓),領票分公司：_____

匯款：【請檢附帳戶存摺頁面影本】

立同意書人(即受益人)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內,並聲明下列帳戶確為立同意人之帳戶,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。

匯款銀行	戶名	金融機構及分行	帳號

聲明事項：

1. 本申請書之填寫並不代表即可獲得理賠,理賠與否仍須經本公司審核。
2. 本人所填上述資料,均為真實情形,並無隱瞞或不實說明等情事,並同意授權貴公司為必要調查。
3. 本人知悉新光產物保險公司得依「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之個人資料,有蒐集、處理及利用之權利。
4. 本人同意新光產物基於理賠目的及法令許可範圍內,將本要保書上所载本人個人資料轉送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、財團法人保險犯罪防制中心及財團法人保險事業發展中心建立電腦連線資料。
5. 本人同意新光產物保險公司基於理賠目的得向醫療院所、健保署、檢驗所、地檢署、警察(分)局、派出所、消防、救護、航空及各保險公司等相關機關/單位協助並提供新光產物所指派之人員調閱、抄錄、影印或詢問被保險人就本案之相關病歷、電腦檔案資料及事故資料以為參證之用。

※本人(被保人)已確認聲明事項之內容請於下方欄位簽名。

被保險人簽章：_____

法定代理人簽章：_____

申請日期： 年 月 日

