



信用卡綜合保險理賠申請書
Credit Card Insurance Claim Form

賠案號碼：
Claim No.(本欄由保險公司填寫)

要保人(發卡銀行)：玉山銀行 Policy Holder (Issuing Bank)	卡別： ☐ 世界卡/無限卡 ☐ EBT 企業網路商旅卡 ☐ 商務卡/雙幣卡/牙醫師公會卡 ☐ 國民旅遊卡 ☐ 晶緻/鈦金/御璽/白金卡 ☐ 金卡 ☐ 普卡/Debit	信用卡有效期間： Credit Card Expire Date	年 Y	月 M
持卡人： Hold	身分證字號： ID No.	卡號： Card No.		
出生日期： Date of Birth	年 Y	月 M	日 D	電話： 行動電話：
		電子信箱： Mail		

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：

通訊地址：☐☐☐

Address

理賠申請項目：
☐ 身故保險金 Accidental Death ☐ 班機延誤 Flight Delay ☐ 傷害醫療保險金 Medical Reimbursement
☐ 殘廢保險金 Dismemberment ☐ 行李延誤 Baggage Delay ☐ 旅行文件遺失 Travel Document Loss
☐ 劫機保險 Hijack ☐ 行李遺失 Baggage Loss ☐ 購物保障 Shopping Security

※理賠所需文件請參照附表之規定 Supporting document is required as attached

事故發生時間： Date / Time of Accident	年 Y	月 M	日 D	時 T	班機延誤/取消：原訂班機號碼：_____ 原訂起飛時間：_____
					實際班機號碼：_____ 實際起飛時間：_____

事故發生地點： Place of Accident	行李延誤/遺失：班機號碼：_____
	抵達目的地日期、時間：_____
	實際取得行李日期、時間：_____

事故發生原因 Reason of Accident：(簡要說明-班機延誤、行李延誤/遺失、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：

If this accident was reported to the Police, please advise name of policeman and address of police station

醫院名稱： Hospital	就診身份： ☐ 全民健保 ☐ 軍保 ☐ 自費 ☐ 其他
	Patient Type National Health Military Ins. At own Expense Other

住院日期： Date of Hospitalization	年 Y	月 M	日 D	時 T	出院日期： Date/Time of Discharge	年 Y	月 M	日 D	時 T
----------------------------------	--------	--------	--------	--------	---------------------------------	--------	--------	--------	--------

同意書

* 被保險人(以下簡稱本人)已充分知悉新安東京海上產物保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)依據個人資料保護法所告知之事項，並清楚瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人相關資料之目的及用途。

* 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。本同意書之影本與原本具同等效力。

* 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、帳項、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，本人同意新安東京海上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：
Insured / Beneficiary Signature

請務必簽名

法定代理人(或監護人)簽章：
Legal Agent (or Custodian) Signature

賠款領受人 (帳戶名)：	行動電話：	身分證字號：
-----------------	-------	--------

銀行_____分行
信用合作社_____分社
帳號 (請檢具存摺封面影本)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(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：☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐