

星展銀行(台灣) 信用卡綜合保險理賠申請書 NAC Claim Application Form

基本資料 Personal Information

持卡人 Cardholder: _____ 卡號 Card Number: _____ 有效期 Valid _____ / _____

卡別 Card Type :

- ☐ 豐盛無限卡-金屬卡 ☐ 飛行世界卡 ☐ 豐盛無限卡(塑膠板) ☐ 豐盛御璽卡 ☐ 飛行鈦金卡 ☐ 豐利御璽卡 ☐ 炫晶御璽卡
☐ everyday 鈦金卡 ☐ everyday 白金卡 ☐ 飛行世界商務卡 ☐ 炫晶商務御璽卡 ☐ 豐盛無限卡(一卡通)
☐ 飛行世界商務卡(一卡通) ☐ 炫晶商務御璽卡(一卡通) ☐ everyday 威士白金卡(一卡通) ☐ everyday 鈦金卡(一卡通)
☐ 飛行鈦金卡(一卡通) ☐ 優仕商務卡(一卡通) ☐ 星展 eco 永續卡(一卡通)

出生年月日 Date of Birth: _____ 年 Year _____ 月 Month _____ 日 Day

身分證字號/護照號碼 I.D.No./Passport No. _____ 職業 Occupation: _____

地址 Address: _____

電話 Tel: 公司(O) _____ 住家(H) _____

行動電話(Mobile) _____ 電子郵件信箱(E-mail) _____

被保險人 Insured: _____ 與持卡人關係 Relation with Cardholder: ☐ 本人 Myself ☐ 配偶 Spouse ☐ 子女 Children

被保險人 Insured: _____ 與持卡人關係 Relation with Cardholder: ☐ 配偶 Spouse ☐ 子女 Children

被保險人 Insured: _____ 與持卡人關係 Relation with Cardholder: ☐ 配偶 Spouse ☐ 子女 Children

被保險人 Insured: _____ 與持卡人關係 Relation with Cardholder: ☐ 配偶 Spouse ☐ 子女 Child

被保險人 Insured: _____ 與持卡人關係 Relation with Cardholder: ☐ 配偶 Spouse ☐ 子女 Child

事故資料 Event Information

事故發生日期 Date of Accident: _____ 年 Year _____ 月 Month _____ 日 Day

事故發生地點 Place of Accident: _____

事故發生經過

Circumstance: _____

申請項目 Claim Items

旅遊意外 Travel Accident

- ☐ 意外身故 Death
☐ 移靈費用 Remains repatriation
☐ 傷殘 Dismemberment
☐ 意外傷害醫療 Accident Medical Expense

☐ 法定傳染病 Notifiable infectious diseases

旅遊不便 Travel Inconvenience

- ☐ 班機延誤或取消 Flight delay or cancellation
☐ 行李延誤 Luggage Delay
☐ 行李遺失 Luggage Loss
☐ 旅行文件重置 Document Recovery Fee Insurance

檢附文件 Claim documents attached

- ☐ 死亡證明 Official death Certificate
☐ 除籍證明 Household registration termination certificate
☐ 事故證明 Accident Certificate
☐ 受益人身份證明 The certificate of beneficiary identity
☐ 醫療費用收據正本 Medical Expense Receipt
☐ 診斷證明 Medical Certificate
☐ 事故證明 Accident Certificate

請求賠償金額 Claim Amount

- ☐ 意外身故 Death 金額 Amount: _____ ☐ 傷殘 Dismemberment 金額 Amount: _____
☐ 移靈費用 Remains repatriation ☐ 意外傷害醫療 Accidental Medical Expense
☐ 住宿 Hotel Accommodation 原簽帳金額 Original Amt: _____ 台幣 converted into NT\$ _____
☐ 餐費 Restaurant Meal 原簽帳金額 Original Amt: _____ 台幣 converted into NT\$ _____
☐ 日用必需用品 Essential Clothing and Requisites 金額 Amount: _____ (詳列明細 Describe the details)

商店名稱 S/E	原簽帳金額 Original Amt	折台幣金額 NT\$	品名 Item
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

理賠金額共計 Total Claim Amount: _____

給付方式 Payment	☐ 支票郵寄地址： ☐ 匯款，請檢附匯款帳戶影本
-----------------	---

此致

美商安達產物保險股份有限公司 Insurance Company of North America

郵寄地址：台北市 110 信義路五段 8 號 10F 理賠部收 服務專線 0800339899

申請人 Applicant: _____ 聯絡電話 Phone No.: _____ 日期 Date: _____

本人確認已收受貴公司提供之「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。Confirm receipt of notifications for Performance of the Obligations under Personal Information Protection Act.

星展銀行(台灣)信用卡綜合保險旅遊不便理賠申請

以下為辦理旅遊誤失保障申請之必備文件，請予以依序打勾，以作確認。

1. 理賠申請書。
2. 被保險人以承保信用卡購買機票之簽帳單影本(需有授權號碼)及旅行社之代收轉付收據影本。
3. 登機證、機票及行李牌正本。
4. 被保險人支出行李延誤、遺失、班機延誤、旅行文件重置費用、之單據明細正本。
5. 事故發生當時航空公司或機場所開具之行李延誤或遺失證明文件正本及領回延誤行李之證明文件正本、班機延誤/失接/登機被拒之班機延誤證明正本。
6. 被保險人向當地海關、警察機關、交通運送機構或其他機關報案之證明書或其他證明文件正本。
7. 申請持卡人配偶或子女之行李延誤或遺失費用時，應檢具身分證明文件影本。

保障範圍：

1.班機延誤

若因已確定搭乘班機誤點超過 4 小時及以上或被取消、座位因超額訂位而被取消、預定之轉接班機因前班班機延誤而致失接，並於此 4 小時內其該段旅程無其他任何班機可搭乘時，即給付必要之膳食費、住宿費、來往於機場及住宿地點間之交通費用、行李已交寄而須購買之日用必需品費用、國際電話費。

2.行李延誤 / 遺失購物費用

被保險人於保障期間內，因航空公司處理不當，致被保險人隨行交運之行李於飛機抵達目的地機場(但不含居住所在地)六小時/二十四小時後仍未送達者，對於被保險人領回行李前為應急而購買必要之日用必需品所支付之費用。

3.旅行文件重置及留滯必要費用

被保險人於保障期間內從事國外旅行時，其護照、簽證或出入旅行地之通行證明文件等(不含機票、信用卡、旅行支票和現金)因毀損滅失，或遭強盜、搶奪、竊盜而遺失所生之文件重置費用，及其被留滯於旅行當地所生之必要住宿、餐飲及交通費用。

4.行程取消費用

被保險人於保障期間內預定從事國外旅行時，因被保險人、其配偶、父母或子女死亡或病危，致被保險人須取消預定行程，且其已預先支付之交通票證、住宿費用、簽證費或其他保證金等費用無法使用或無法取回時，本公司於「行程取消費用保險金額」內負理賠之責。

5.行程縮短費用

被保險人於保障期間內從事國外旅行時，因被保險人、其配偶、父母或子女死亡或病危，致被保險人須縮短預定行程返回原出發地，致其已預先支付之交通票證、住宿費用、簽證費或其他保證金等費用無法使用或無法取回，或為返回原出發地而須額外支出必要合理之交通、住宿、電話、簽證等費用。

6.劫機補償

被保險人於保障期間內搭乘飛機遭遇劫機事故時，本公司依其受劫持期間之日數按日給付「劫機補償保險金」；未滿一日者以一日計算。但以保險契約所載「劫機補償保險金額」為限。

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、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（〇九三）；（二）人身保險（〇〇一）；（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：

- （一）姓名；（二）身分證統一編號；（三）聯絡方式；（四）病歷、醫療、健康檢查；及/或（五）其他：詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料來源（個人資料非由當事人提供，而為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、地區及方式：

- （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：以書面或客服專線（0800-339-899）通知本公司。

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。

受告知人：_____（簽章）

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註：本公司履行上開告知義務，不限書面或取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。