

保戶基本資料											
被保險人 (事故者) 資料	(*)保單號碼(服務人員填寫)				學號			班級科別			
	(*)姓名				(*)身分證字號			(*)出生日期			
								年 月 日			
(*)居住 住所地址		□□□□		縣市		鄉市 鎮區					
(*)聯絡電話		( )		手機		E-mail					
(*)申請種類		<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病)(1)		<input type="checkbox"/> 意外事故(傷害)(2)		(*)申請日期		年 月 日			
(*)事故原因						(*)事故日期		年 月 日			
申請專案補助 (無者免填)		<input type="checkbox"/> 高中以下學生暨幼兒園幼兒,符合保單條款第11條補助身分,申請專案補助重大手術保險金(應檢具相關證明文件)									
(*)理賠類別		<input type="checkbox"/> 死亡(A) <input type="checkbox"/> 殘廢(B) <input type="checkbox"/> 重大疾病-限大專院校勾選(C) <input type="checkbox"/> 醫療(E) <input type="checkbox"/> 防癌(G) <input type="checkbox"/> 生活補助金(N)									
(*)保險金 領取方式		<input type="checkbox"/> 匯撥至受益人帳戶 (匯撥方式請附上存摺影本並加填下方欄位)									
		戶名		身分證字號							
		金融機構 (分行)		(中文名稱)		行庫局號 代號		帳號			
		<input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票		<input type="checkbox"/> 取消禁止背書轉讓支票		<input type="checkbox"/> 現金					
		受益人身分證字號				(給付方式選取「取消禁止背書轉讓支票」或「現金」者,以櫃檯親領、受益人為7歲以下或外籍人士為限)					
<p>病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書(特種個資同意書)</p> <p>立書人已詳閱並瞭解下欄【個人資料保護法應告知事項】,並同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內,得蒐集、處理及利用立書人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料,以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。立書人併此聲明,本同意書係出於立書人自由意願下所為之意思表示。</p> <p>(*)立書人(即被保險人)/受益人(法定代理人):</p> <p>(親自簽名並請參閱下欄說明)</p> <p>受益人與被保險人關係: <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>父母 <input type="checkbox"/>祖父母 <input type="checkbox"/>其他</p> <p>上開受益人之簽名於被保險人身故時,僅代表受益人或其法定代理人提出理賠申請,並已知悉瞭解上述注意暨聲明事項。</p> <p>1.大專院校學生團體保險,除身故保險金受益人為法定繼承人外,其他保險金受益人一律為學生本人。 2.教育部國民及學前教育署招標高級中等學校以下學生團體保險,受益人為被保險人之法定代理人或其家長。但被保險人已成年者,其醫療保險金或殘廢保險金受益人得為本人。 3.非屬上述第二項之幼童團體保險,除身故保險金受益人外,其他保險金受益人一律為學生本人,但受益人為未成年人時,得選擇匯款至法定代理人帳戶(須另檢附關係證明文件),並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時,視為已對受益人給付。</p>											
注 意 事 項	1.【個人資料保護法應告知事項】依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其相關規定,本公司為辦理人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務及符合相關法令規範之需要,而蒐集您的個人資料(包括病歷、醫療及健康檢查等特種個資)。所蒐集之資料除了再保險業務或委外業務執行的需要,會在國境外被處理及利用外,僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內,以合於法令規定之利用方式,於我國境內供本公司及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至本公司各服務中心或利用本公司免費客戶服務專線(0800-036-599)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,惟本公司依法令規定或因執行業務所必須,得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時,本公司將可能無法辦理您的理賠申請。										
	2.申請死亡保險金且受益人有數人時,限選擇同一領取方式;受益人逾2人時,請另填附件(一)。										
	3.因匯款帳戶錯誤、變更、撤銷等原因致無法完成轉帳者,本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。										
	4.依保險契約條款約定,受益人申請各項保險金時,本公司得請求被保險人或受益人提供被保險人病歷調查同意書,其費用由本公司負擔。										
	5.各項理賠給付所需申請文件請詳見後頁,惟給付項目仍以保險契約條款之約定為準。										
	6.依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」,單張保單給付理賠延滯息達新臺幣兩萬元者,應按規定之補充保險費率扣取補充保險費,但屬下列兩種身分者,於理賠申請時檢附下列文件可免扣取補充保險費:(1)低收入戶者:檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件;(2)未具投保資格或喪失投保資格者:非本國人者檢附護照影本、已除籍之本國人者檢附最近3個月內戶籍證明。										
	7.申請身故保險金者,立書人同意本公司得將相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對,以確認其正確性。受益人申請理賠之保險事故及其相關文件如有虛偽不實者,行為人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。										
	8.受益人申領之保險金債權遭法院等執行機關扣押時,如該保險金係維持自己及共同生活親屬之生活所必需者,受益人得依強制執行法第122條規定,向該執行機關聲請或聲明異議。										
(*)投保學校證明欄											
投 保 學 校		關防/學保專用章									
學 校 代 號											
校 址											
電 話											
校(園、所)長 或職務代理人		職章						可以具完整學校名稱字樣之橡皮章代替學校 印信(關防或學保專用章)			
經 辦 人 員		簽章									
本申請書所載被保險人確係本校學生並已參加學生團體保險,特此聲明。											
(*)服務人員(送件人)基本資料											
送件人姓名		單位代號		送件人ID							
連絡電話		市話:( )		分機			手機:				



303002



00012