



南山人壽

團險保險金申請書

項目	1. <input type="checkbox"/> 醫療 2. <input type="checkbox"/> 癌症醫療 3. <input type="checkbox"/> 門診給付 4. <input type="checkbox"/> 殘廢 5. <input type="checkbox"/> 身故 6. <input type="checkbox"/> 職業災害 * 7. <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	* 職業災害要保單位是否已先行給付應付之保險金? <input type="checkbox"/> 是(請提供【職業災害補償金墊付證明暨債權讓與同意書】及其相關證明文件。) <input type="checkbox"/> 否			
基本資料	要保單位	美國學校 (學生)	保戶編號 (保單號碼)	P1884
	員工姓名		身分證統一編號	
	姓名		與員工關係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母
身故人	身分證統一編號		出生年月日	民國 年 月 日
事故種類	<input type="checkbox"/> 疾病	<input type="checkbox"/> 與前次事故相同	<input checked="" type="checkbox"/> 新事故發生時間：中華民國 年 月 日 上午 時 分	
	<input checked="" type="checkbox"/> 意外	報案日： _____	處理單位： _____	承辦人： _____ 電話： _____
	請詳述保險事故發生地點、原因、經過情形。事故時職業及工作內容 (如有報案或警方證明文件等，請提供相關資料)			申請意外傷害醫療請填此欄
匯款	<input type="checkbox"/> 同最近一次理賠帳戶	<input type="checkbox"/> 匯款至法定代理人帳戶 (限未滿二十歲之醫療保險金受益人，並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時，視為受益人已承認該款項為儲付)		
	戶名：	若有多位受益人時請附存摺封面影本或另填申請書	<input type="checkbox"/> 郵局	銀行 合作社 農漁會 分行 分社 辦事處
	通匯代碼 (銀行代碼)	帳號	由左而右填寫，不足位者請留空不用補0，未填寫或帳戶資料不正確，將以禁止寄書轉讓支票給付	
支票	<input type="checkbox"/> 禁止寄書轉讓支票(支票金額超過新臺幣 20 萬元時加劃平行線)			
	<input type="checkbox"/> 取消禁止寄書轉讓支票(七歲(含)以上之受益人倘欲取消禁止寄書轉讓，請檢附申請暨委託書及身分證明文件)			
聲明	<input type="checkbox"/> 如申請身故/全殘廢保險金，因保險單遺失，本人聲明保險單作廢，無須補發。(同意者請勾選，未勾選者視為不同意)			
本人同意 貴公司將本次理賠申請所檢附的相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料進行比對，以確認內容的正確性。				
聯絡資訊	(僅適用本次理賠)	縣	鄉鎮	村
		市	區市	里
	聯絡電話	行動電話	E-MAIL	@
壽險業履行個人資料保護法告知義務內容				
南山人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第八條第一項、第九條第一項及第六條第二項規定，向您告知下列事項，請您詳閱： 一、蒐集之目的：(一) 00-1 人身保險 (二) 06-9 契約、類似契約或其他法律關係事務 (三) 09-0 消費者、客戶管理與服務。二、蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查，及與事故經過相關的查證個人資料等(包含本件保險契約於申請本次理賠前，例如於投保或申請契約變更時，非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如本申請書及隨備文件內容所載。三、個人資料之來源：(一) 要保人。(二) 您或您的法定代理人、輔助人。(三) 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、要保單位、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、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，您就本公司保有您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. 查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2. 請求補充或更正。3. 請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二) 行使權利之方式：書面。六、您不提供個人資料所致權益之影響：若您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，因此可能延遲或無法提供您相關服務或給付。 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項				
本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。				

要保單位簽章

本人同意上揭事項並委任「送件業務員/保險代理人或保險經紀人」(即受任人)全權代為處理理賠申請事宜，並同意 貴公司得理賠申請相關文件/資訊由右列受任人轉知予本人。

請務必簽名

被保險人/受益人簽名： \_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人簽名： \_\_\_\_\_

申請日期：中華民國 年 月 日

送件者簽名： (受任人)

收件單位受理欄

免填

免填

聯絡電話： \_\_\_\_\_

必填文件

美世保險經紀人股份有限公司

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除本公司「蒐集、處理及利用個人資料告知書」所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

美世保險經紀人股份有限公司

※ 立同意書人(即被保險人)簽名: \_\_\_\_\_

法定代理人簽名: \_\_\_\_\_  
(申請20歲以下子女理賠法代請簽名)

中 華 民 國                      年                      月                      日