

事故被保險人姓名	班級科系	學號	身分證字號	出生日期
				民國 年 月 日
申請種類	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 重大疾病(傷病) <input type="checkbox"/> 生活補助 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大手術 <input type="checkbox"/> 其他：			
理賠申請人通訊地址：□□□				
意外傷害說明	發生時間：____年__月__日__午__時 地點：			理賠申請人與被保險人關係
請詳述事故發生經過情形及全部就醫院所：				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他：

本項理賠保險金，請依下列方式支付：匯款 支票

給付對象：受益人（醫療保險金之受益人為被保險人） 受益人之法定代理人（身分證字號：_____）

匯款帳戶受益人戶名：_____

_____銀行／郵局_____分行／支局 帳號：_____

（可附存摺影本；若因帳戶資料有誤或其他因素致未能匯款時，本公司將以支票給付。）

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

全球人壽保險公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、蒐集目的：人身保險。
- 二、個人資料類別：
- (一)識別類：1.辨識個人者：如姓名、職稱、住址、電話、電子郵遞地址及其他任何可辨識資料本人者等。2.辨識財務者：如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。3.政府資料中之辨識者：如身分證統一編號、統一證號、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。
- (二)特徵類：個人描述：如年齡、性別、出生年月日等。
- (三)健康與其他：如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料、檢、警、調等有調查權機關之紀錄、醫療費用收據及明細等。
- 三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）
- (一)要保人。(二)當事人之法定代理人、輔助人。(三)各醫療院所。(四)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、地區、對象、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、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險犯罪防制中心、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：以書面方式行使上述權利(查詢 台端個人資料可另以本公司服務電話及網際網路方式)。
- 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，因此可能遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

同意聲明事項

- 一、因申請保險金給付之需要，本人同意授權全球人壽保險股份有限公司（下稱全球人壽）索引、調閱、抄錄或影印與被保險人之病歷、醫療、檢警等紀錄相關的電腦檔案或資料，以為參用。本同意聲明內容影本與原本同屬有效。
- 二、本人同意全球人壽就處理進度、給付明細、拒絕給付或解除保險契約等相關事宜，得知會送件人，以利本人諮詢。
- 三、若申請項目為身故保險金時，為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書（或死亡證明書）內容之正確性，本人同意全球人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

理賠申請暨同意人簽章：_____ 法定代理人／監護人／輔助人簽章：_____

（非身故件為被保險人，身故件為身故受益人） （理賠申請人為未成年、受監護或輔助宣告者時簽章）

理賠申請人聯絡電話：_____ 法定代理人／監護人／輔助人聯絡電話：_____

（填寫行動電話將提供理賠結案簡訊服務）

投 保 學 校 證 明 欄

本申請書所載各項經查屬實，特此聲明。

投保學校： 國立成功大學 校印 學校代號： KGI-77373

校 長： 蘇慧貞 (職章) 電子郵件帳號： _____

經 辦 人： _____ (職章) 電話： 06-2757575 分機 50345

學校地址： 701 臺南市東區大學路1號 申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

見證暨送件人（壽險規劃師）：_____ 規劃師登錄證號/執業證號：_____

營業處／經代代號：_____ 聯絡電話：_____ E-mail _____



申請保險金所需檢附文件一覽表

申請文件	身故保險金	殘廢保險金	生補助金	重大手術保險金	重大傷病(疾病)保險金	住院折日未額保險金	住給金	醫療保險	療金
學保專用理賠申請書	√	√	√	√	√	√			√
醫療診斷書				√(註5)	√	√			√
醫療費用收據				√(註4)					√(註4)
殘廢診斷書		√							
死亡證明書 或 相驗屍體證明書	√								
除戶戶籍謄本	√								
骨折 X 光片						√			
重大傷病證明文件					√(註6)				
受益人戶籍謄本(註2)	√	√	√(註3)						
學生證正反面影本(需蓋 註冊章或休學章)	√	√	√	√	√	√			√
戶口名簿影本									受益人非 學生時需 提供
病理組織切片報告					初次罹癌 需檢附				初次罹癌 需檢附

註：

- 若發生保險事故，需要申請理賠者，請備齊文件，直接與就讀學校的經辦人員聯繫，並由學校提出申請。若有任何保險諮詢或理賠服務，可逕向本公司派駐該校之服務人員聯絡，或洽本公司各地服務據點。
- 戶籍資料必須能證明受益人與被保險人關係。
- 生活補助津貼請領時之戶籍資料必須能證明被保險人滿殘廢週年仍生存。
- 申請醫療保險金之醫療費用收據（須由合法開業之醫院診所開具且列明醫療費用明細），並得以收據副本或影本替之，但須請原醫療院所加蓋院方關防為證；檢附二家醫院之醫療收據時，則須檢附各家院所診斷證明，依此類推。
- 申請重大手術保險金須經醫院診斷並詳細記載手術名稱。
- 申請重大傷病保險金者，另檢具醫療診斷書及重大傷病證明文件。

本公司各地服務據點：

台北：110 台北市市民大道六段 288 號 12 樓	(02)6639-9999
桃園：320 桃園市中壢區健行路 169 號 5 樓	(03)428-2399
台中：404 台中市北區館前路 19 號 5 樓	(04)2322-5321
台南：704 台南市北區西門路三段 159 號 4 樓	(06)221-5353
高雄：807 高雄市三民區博愛一路 28 號 4 樓	(07)311-9182

保單號碼： _____

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，除本公司之「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」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，將於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、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 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料，本公司將可能無法提供 台端相關人身保險業務之申請及辦理。

立同意書人已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理及利用本人之病歷、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

全球人壽保險股份有限公司

立同意書人(含主、附約之被保險人)

要 保 人 簽 名

(要保人附約被保險人)

:

被 保 險 人 簽 名

:

配 偶 簽 名

(眷屬附約被保險人)

:

子 女 一 簽 名

(眷屬附約被保險人)

:

子 女 二 簽 名

(眷屬附約被保險人)

:

法 定 代 理 人 簽 名

:

※未滿七歲者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。
※本保單若要/被保險人不同人且要保人有投保要保人附約(如：豁免保險費附約)或有投保眷屬附約時，要保人及各眷屬亦屬被保險人，皆應簽名同意。

中華民國

年

月

日

