

可影印使用



# 南山人壽保險股份有限公司

## 大專院校學生團體保險保險金申請書

新申請件

補文件

續賠件 年 月 日

(前次申請日期)

※敬請於保險事故日起十日內提出申請，各項保險金所需檢附文件請詳閱背頁及相關注意事項。 填寫日期： 年 月 日

申請項目	<input type="checkbox"/> 身故	<input type="checkbox"/> 殘廢	<input type="checkbox"/> 重大燒燙傷	<input type="checkbox"/> 重大傷病	<input type="checkbox"/> 重大疾病	<input type="checkbox"/> 意外門診
	<input type="checkbox"/> 癌症住院	<input type="checkbox"/> 初次罹患癌症	<input type="checkbox"/> 住院醫療	<input type="checkbox"/> 生活補助津貼	<input type="checkbox"/> 專案補助重大手術	
	<input type="checkbox"/> 特定重大疾病	<input type="checkbox"/> 校園集體食物中毒	<input type="checkbox"/> 骨折未住院津貼	<input type="checkbox"/> 骨折未住院保險金		
事故種類： <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外(請詳填「意外事故內容」)				收件單位受理欄		業務員(即受任人)姓名代碼
保單號碼 (投保學校代號)		被保險人姓名 (事故人)				
保戶編號		出生日期				
保險證號碼 (學生學號)&系所		身分證統一編號		受理編號(流水號)		電話/行動電話
E-MAIL						
意外事故內容	發生時間	年 月 日	上午/下午	時 分	報案日期	(無則免填)
	事故地點					
	處理事務單位/承辦人員/聯絡電話 (分局/派出所/地檢署)		(無則免填)			
	原因及詳細經過		※如有報案或警方證明文件或報章雜誌等媒體報導，請提供剪報或相關資料。			
給付方式：請勾選(利用金融機構快速又方便，若未選擇或帳戶資料有誤，本公司將開立禁止背書轉讓支票給付)						
匯款	<input type="checkbox"/> 同前一次理賠帳戶					
	<input type="checkbox"/> 匯款至法定代理人帳戶(僅限 20 歲以下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，視為受益人已承認對其為給付。)					
	帳戶資料(倘多位受益人，請附存摺封面影本或另填申請書)		戶名	帳號(帳號請參照存摺，由左至右填寫)		
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> 信用合作社 <input type="checkbox"/> 農會 <input type="checkbox"/> 漁會						
<input type="checkbox"/> 分行 <input type="checkbox"/> 支局 <input type="checkbox"/> 辦事處 <input type="checkbox"/> 分社						
支票	<input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票(金額超過新臺幣 20 萬元時加劃平行線)					
	<input type="checkbox"/> 取消禁止背書轉讓支票(7 歲以上之受益人倘欲取消禁止背書轉讓，請檢附申請暨委託書及身分證明文件)					

※履行個人資料保護法告知義務內容：本人(受益人/法定代理人/監護人/輔助人/要保單位經辦人員)已詳閱 貴公司依個人資料保護法第八條第一項於本申請書背面所載履行個人資料保護法告知義務內容。

以下欄位由投保學校填寫  
本申請書所載被保險人係本校學生並已參加學生團體保險，特此聲明。

學校名稱	國立成功大學		
學校地址	701台南市東區大學路1號		
電話	(06)275-7575 # 50345		
要保單位 (投保學校) 用印		校長 (職代人) 職章	
經辦人員	(簽章)	分機號碼	50345

以下欄位由申請學生/受益人/法定代理人填寫  
倘法定代理人非要保人，請另檢附關係證明文件(如戶口名簿影本等)。  
本人同意委任「送件業務員」(即受任人)全權代為處理理賠申請事宜，並同意 貴公司將理賠申請相關文件/資訊由前開受任人轉知予本人。

事故人/受益人 (委任人)	(簽名)
法定代理人 (監護人/輔助人)	(簽名)
聯絡電話	
行動電話	
聯絡地址	

以上所有欄位請務必詳實填寫完整；本文件需簽名之欄位，均應經簽名欄所稱之當事人本人親自簽名，地址/電話等資料僅供事故人/身故受益人申請理賠時聯絡使用。



南山人壽保險股份有限公司

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「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、本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（即被保險人），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

南山人壽保險股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：

\_\_\_\_\_

立同意書人

（投保「要保人豁免保險費附約」者，：  
要保人（即豁免保險費附約之被保險人）簽名

\_\_\_\_\_

法定代理人簽名：

\_\_\_\_\_

（未滿七足歲者或無行為能力人，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。）

中華民國                    年                    月                    日

