

被保險人基本資料

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			
					1314888				保險系二年級A班			
	(*)姓名				(*)身分證字號				(*)出生日期			

事故人(受傷、生病之人) A 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 95 年 07 月 07 日											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(*)居住地址			106 台北 縣 市 大安 鄉 鎮 區 XX路 XX號		
---------	--	--	-----------------------------	--	--

(*)聯絡電話		()	手機	0900000000		E-mail	
---------	--	-----	----	------------	--	--------	--

(*)申請種類		<input checked="" type="checkbox"/> 非意外事故(疾病)(1) <input type="checkbox"/> 意外事故(傷害)(2)					
(*)事故原因		腸胃炎					

申請專案補助 <input type="checkbox"/> 高中以下學生暨幼兒園幼兒，符合保單條款約定之補助身分							
--	--	--	--	--	--	--	--

(*)理賠類別		<input type="checkbox"/> 死亡(A) <input type="checkbox"/> 失能(B) <input type="checkbox"/> 重大疾病-限大專院校勾選(C) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 匯撥至受益人帳戶 <input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人帳戶 (選擇匯撥者，請附上存摺影本並加填下方欄位)									
------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

戶名		受益人		身分證字號		A 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
金融機構(分行)		國泰松山		分行通匯代號		0130372		帳號		0130000000	

<input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票		受益人身分證字號									
-----------------------------------	--	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

本公司原則以客戶勾選之「理賠類別」為準，惟亦將檢視是否尚有符合其他理賠類別，並於確認客戶意願後進行審核。

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)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期限內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內、外供本公司、因以上目的作業需要之第三方(包括但不限於再保險及業務委外等對象)、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者及依法有調查權機關或金融監理機關等進行處理及利用。您可行使之個人資料權利包含：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，並可至本公司各服務據點或利用本公司服務專線(市話請撥打免付費專線：0800-036-599，手機請改撥付費電話：02-4128-010或網路電話詢問)，本公司將儘速依相關法令規定，處理與回覆您的請求，惟本公司依法令規定或執行業務所必須，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. 申請身故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。

3. 依保單條款約定，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。

4. 各項理賠給付所需申請文件請詳見後述「各項理賠申請所需文件一覽表」，惟給付項目仍以保單條款約定為準。

5. 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2萬元者，應按規定之補充保險費扣取補充保險費，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：非本國籍者檢附護照影本、已除籍之本國籍人檢附最近3個月內戶籍證明。

6. 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。

7. 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。

8. 109學年度(含)以後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，除身故保險金外，受益人為被保險人本人。

9. 被保險人如未成年，法定代理人須一併於理賠申請書上簽名，並檢附其與被保險人之關係證明；給付對象得選擇匯款至法定代理人帳戶，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。

10. 本申請書所提供之通訊地址、聯絡電話及E-mail，僅供本次申辦業務使用，不代表已向本公司行使變更通知。

注意
事項

本人已詳閱並瞭解上述【個人資料保護法應告知事項】，並同意貴公司於符合告知之個人資料(含病歷、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關之第三方以辦理再保險、核保或理賠業務。


受益人與被保險人關係：本人 父母 祖父母 其他_____

除身故受益人為法定繼承人外，其他保險金受益人為學生本人。

(*)立書人(即被保險人/受益人)簽名：事故人(受傷、生病之人) (被保險人及受益人不同時，兩者均需簽名)

(*)法定代理人(監護人)簽名：

(*)投保學校證明欄

投保學校	大樹大學	關防/學保專用章 
學校代號	XXXXXX	
校址	106 台北市大安區仁愛路四段296號	
電話	02-27551399	
校(園、所)長或職務代理人	XXXXXX	
經辦人員	XXXXXX	

需蓋關防/學保專用章 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)

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	員編
送件人姓名		保戶無需填寫
連絡電話	市話：()	

