



學生團體保險金申請書

受理號碼：

大專院校學生
團險專用

※為配合電腦作業，敬請使用黑色原子筆或鋼珠筆填寫本申請書※

保單號碼 (學校代號)			助理	理賠員
學號			日期章：	日期章：
事故人	姓名		業務員姓名	
	身分證字號	<input type="text"/>	登錄字號	<input type="text"/>
	出生日期	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	行動電話	<input type="text"/>
理賠型態	1 <input type="checkbox"/> 死亡 2 <input type="checkbox"/> 全殘 3 <input type="checkbox"/> 重大疾病 4 <input type="checkbox"/> 殘廢 5 <input type="checkbox"/> 醫療		其他： 1 <input type="checkbox"/> 收據差額給付證明	
學制	系科	年班	投保學校證明欄	
<input type="checkbox"/> 日校	<input type="checkbox"/> 夜/補校		本申請書所載被保險人係本校學生，且已參加學生團體保險，受益人確實依條款約定為本人或被保險人之法定代理人或家長，特此聲明。	
<input type="checkbox"/> 特教	<input type="checkbox"/> 其他		投保學校： <input type="text"/>	
事故原因	1 <input type="checkbox"/> 意外 2 <input type="checkbox"/> 疾病 (申請「意外」，請務必詳填事故時間、地點、經過等資料)		電話： <input type="text"/>	
	事故時間： <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時		校址： <input type="text"/>	
	經過詳情： <input type="text"/>		校長： <input type="text"/> 職章	
	事故地點： <input type="checkbox"/> 校內 <input type="checkbox"/> 校外		(或職務代理人)	
	員警姓名： <input type="text"/>		經辦人： <input type="text"/> 簽章	
聯絡電話： <input type="text"/>				
處理警察單位： <input type="text"/>				
給付方式	1 <input type="checkbox"/> 醫療保險金之受益人為未滿 20 歲之未成年人，請將受款人改為法定代理人或家長。			
	2 <input type="checkbox"/> 支票 ◎ 為避免遺失冒用，支票一律禁止背書轉讓，金額達貳拾萬元以上並增加平行線註記。 ◎ 支票金額達貳拾萬元以上者，業務同仁欲申請轉送支票者，請務必檢附「支票代轉委託書」，若未檢附，公司將直接寄予受款人。			
	3 匯款 (擇一)		3.1 <input type="checkbox"/> 同「事故人」 3.2 <input type="checkbox"/> 同「立同意書人」	
	3.3 <input type="checkbox"/> 匯款帳戶 (受款人)： <input type="text"/>		身分證字號： <input type="text"/>	
金融機構及分行名稱		金融機構及分行代碼		帳號 (郵局帳戶請依局號、檢號、帳號、檢號之順序)
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
立同意書人聲明： 1. 未指定保險金給付方式或指定匯款之金融機構未接受銀行電匯業務或因其他原因無法匯款時，本公司將改以開立即期支票之方式辦理。(指定匯入信託專戶者，若匯款不成功將再次確認後匯款) 2. 因資料錯誤致成損失，或涉及受益求償之法律問題，則由本人負責，與貴公司無涉。				

【請勾選】 本人同意 貴公司依個人資料保護法對上開資料進行蒐集、處理及利用，以執行理賠以外之後續服務及合於人身保險營業登記項目之業務；但非經本人同意，不得提供第三人使用。

茲依保險單條款約定提出保險金申請，並聲明同意上述「給付方式」欄與第二頁之「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」及「病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書」。

- 注意暨聲明事項：**
1. 本申請書需詳填各項欄位並簽名蓋章，身故受益人不止一人時，均需簽名蓋章或各填一份，如為未成年人者，須再由法定代理人簽名蓋章，本理賠申請須待保單條款規定之相關文件齊全後始予核辦。
 2. 申請之理賠項目為「身故保險金」者，為確認該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，立同意書人同意三商美邦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。
 3. 受益人倘因精神障礙或其他心智缺陷，致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者，請檢附監護宣告裁定書併由監護人提出申請。
 4. 申請於國外發生之保險事故時，請檢附護照影本及相關就診之完整病歷影本，且各項文件須經駐外館處認證，以加速理賠處理時效。
 5. 身故件之死亡原因為「解剖中」或「不詳」者，受益人須另檢附「解剖鑑定報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
 6. 特殊案件若因審核之必要而須提供其他資料時，將由承辦人員另行通知，屆時敬請儘速補件以加速理賠處理時效。
 7. 申辦各項保險金給付，本公司並無額外收取其他費用，為維護您的權益，切勿聽信不法代辦業者，如有保險金給付或填寫本申請書相關問題，請電洽客戶服務專線：0800-022-258 或至本公司網站(www.mli.com.tw)查詢，以免受害。謝謝！

立同意書人： 印 法定代理人： 印
(申請人/受益人) (若被保險人未成年係為法定代理人或家長)

身分證字號： 身分證字號：

聯絡地址：- 市/縣 鄉/鎮/市/區

聯絡電話/手機： / 中華民國 年 月 日



★申請保險金應檢附文件（摘要如下，詳請參閱保單條款規定）

保險金申請項目 檢附文件	疾病或傷害住院	傷害門診	骨折未住院	疾病身故	意外身故	疾病或意外全殘	部分殘廢	重大燒燙傷	重大疾病	癌症死亡/全殘	初次罹癌/醫療	癌症醫療補償	專案補助(限免繳保費學生)	殘廢生活補助金	醫藥及X光檢驗	校園集體食物中毒
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
診斷證明書	✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓			
醫療費用正本收據和明細表	✓	✓											✓			
社會保險診療證明文件(註1)	✓	✓														
X光片			✓													✓
殘廢診斷書						✓	✓									
死亡證明書或屍體相驗證明				✓	✓					✓						
被保險人除戶籍謄本				✓	✓					✓						
被保險人戶籍謄本或生存證明文件												✓		✓		
受益人戶籍謄本或身分證				✓	✓					✓						
意外事故證明文件(註2)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								✓
病理切片或相關檢驗報告(註3)									✓	✓	✓	✓				✓

註1：以社保型身分投保相關醫療險種者，請檢附社會保險診療證明文件，若相關診斷書或醫療單據中可確認以社保身分就診者可免檢附。

註2：申請意外傷害保險金或校園集體食物中毒保險金時檢附。

註3：首次申請癌症或重大疾病保險金時檢附。

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

三商美邦人壽保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項(間接蒐集者為個資法第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、**蒐集之目的**：本公司依據法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」，並參酌本公司行業特性以人身保險業務(001)及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)為特定目的之個人資料蒐集、處理及利用。

二、**蒐集之個人資料類別**：1. 識別類：(C001)辨識個人者；(C002)辨識財務者；(C003)政府資料中之辨識者。2. 特徵類：(C011)個人描述；(C012)身體描述；(C013)習慣。3. 家庭情形：(C021)家庭情形；(C023)家庭其他成員之細節。4. 社會狀況：(C031)住家及設施；(C032)財產；(C033)移民情形；(C035)休閒活動及興趣；(C037)慈善機構或其他團體之會員資格；(C038)職業；(C040)意外或其他事故及有關情形；(C041)法院、檢察署或其他審判機關或其他程序。5. 教育、考選、技術或其他專業：(C051)學校紀錄；(C052)資格或技術。6. 財務細節：(C081)收入、所得、資產與投資；(C082)負債與支出；(C084)貸款；(C086)票據信用；(C088)保險細節；(C089)社會保險給付、就養給付及其他退休給付。7. 健康與其他類：(C111)健康紀錄。

上開資料類別詳細內容相關例釋請依代號參照法務部公告之「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」。

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、對象、地區、方式**：(一)期間：依照本公司因執行業務所必須及相關法令規定應為保存之期間。(二)對象：本(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、財團法人保險犯罪防制中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、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：以書面方式為之。

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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

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事項」所列內容外，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 台端相關人身保險業務之申請及辦理。

立同意書人_____ (即被保險人)，身分證字號_____ 已瞭解上述說明，並同意三商美邦人壽保險股份有限公司於符合相關法令規範範圍內為蒐集、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本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之權利。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

三商美邦人壽保險股份有限公司

立同意書人簽名：_____ (即被保險人)

法定代理人簽名：_____

中華民國

年

月

日

