



南山人壽

可影印使用

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	☐ 身故 ☐ 殘廢 ☐ 重大燒燙傷 ☐ 重大傷病 ☐ 重大疾病 ☐ 門診手術 ☐ 意外門診 ☐ 癌症住院 ☐ 初次罹患癌症 ☐ 住院醫療 ☐ 生活補助津貼 ☐ 專案補助重大手術 ☐ 特定重大疾病 ☐ 校園集體食物中毒 ☐ 骨折未住院津貼 ☐ 骨折未住院保險金														
事故種類： ☐ 疾病 ☐ 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)		G410001382				被保險人姓名 (事故人)									
保戶編號		D1382				出生日期									
保險證號碼 (學生學號)						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)				
	處理事故單位/承辦人員/聯絡電話 (分局/派出所/地檢署)		(無則免填)												
	事故發生地點/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	☐ 同前一次理賠帳戶 ☐ 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)						
	☐ 銀行 ☐ 郵局 ☐ 信用合作社 ☐ 農會 ☐ 漁會 ☐ 分行 ☐ 支局 ☐ 辦事處 ☐ 分社														
支票	☐ 禁止背書轉讓支票(金額超過新臺幣 20 萬元時加劃平行線) ☐ 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)														
	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。														

※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及第九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	修平學校財團法人修平科技大學		
學校地址	台中市大里區工業路11號		
電話			
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	

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（下稱本公司）依據「個人資料保護法」之第八條第一項規定，向您告知下列事項，請 您詳閱：

- 一、蒐集之目的：00 一人身保險、06 九契約、類似契約或其他法律關係事務、09 消費者、客戶管理與服務、一八一其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
- 二、蒐集之個人資料類別：姓名、身分證統一編號、電話、聯絡地址、電子郵件信箱、受益人與被保險人關係、金融機構帳戶之號碼、意外事故內容(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)，詳如大專院校學生團體保險保險金申請書內容所載。
- 三、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、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：上述對象所在之地區。
 - (四) 方式：合於法令規定之利用方式。
- 四、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。
- 五、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，因此可能遲延或無法提供 您相關服務或給付。

★申請各項保險金所需檢附文件及注意事項

一、申請各項保險金所需檢附文件一覽表：

保險金申請項目	身故		殘廢			重大燒燙傷	醫療					綜合健康保險					
	疾病身故	意外身故／特定意外身故	全殘	部份殘廢	生活補助津貼		住院醫療	門診手術／重大手術／住院手術	骨折未住院	醫藥及X光檢驗費用	校園／內集體食物中毒	癌症住院醫療	初次罹患癌症	重大傷病	意外傷害門診	重大疾病／特定重大疾病	專案補助重大手術
具備文件																	
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
死亡證明書	✓	✓															
相驗屍體證明書		✓															
被保險人之除戶戶籍謄本	✓	✓															
受益人身分證明／戶籍謄本	✓	✓	✓		✓												
診斷證明書			✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
殘廢診斷書			✓	✓													
X光片									✓								
收據和費用明細表								✓		✓					✓		✓
病理組織切片報告／相關檢驗報告												✓	✓			✓	
意外傷害事故證明文件		✓				✓			✓		✓				✓		
學籍資料	✓	✓	✓	✓													

倘案情需要，本公司會再另行通知補正「同意查詢暨授權聲明書」進行了解，確保您的權益。

二、注意事項

1. 本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽名，有關受益人定義說明如下：
 - (1)申請醫療、重大疾病或殘廢保險金，受益人為事故人(學生)本人。
 - (2)申請身故保險金，受益人係指保險單所載之身故受益人，身故受益人不只一人時，均須簽名或各填寫一份。
 - (3)戶籍資料必須可證明受益人與被保險人之關係。
 - ※ 受益人為未滿七歲之未成年人，由其法定代理人代為簽名及法定代理人簽名。
 - ※ 受益人為七～二十歲之限制行為能力者，由受益人及其法定代理人簽名。
 - ※ 受益人如為受監護宣告者，由其監護人代為簽名，及監護人簽名。受益人如為受輔助宣告者，由受益人及輔助人共同簽名。
 - ※ 應簽名者為不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替，但須二位見證人同時簽名。
 - ※ 應簽名者為雙手截肢可以蓋章代替，亦須二位見證人同時簽名。
2. 身故件之死亡原因為「解剖鑑定中」者，受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
3. 申請全殘之被保險人如為精神障礙或心智缺陷致不能為意思表示或受意思表示、不能辨識其意思表示之效果、或上開能力顯有不足者，請附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。
4. 失蹤：(1)一般失蹤件應附「法院死亡宣告」判決(代替死亡證明)和「受益人同意書」。
(2)意外失蹤件應另附「意外傷害事故證明文件」和登記失蹤之戶籍謄本(代替除戶戶籍謄本)和「受益人同意書」。
5. 金融機構匯款：(1)如因不可歸責於本公司之因素致本公司無法匯款時，本公司將於該因素消失後辦理匯款，惟不負延遲責任。
(2)受益人可附身分證明文件及存摺封面影本，以協助本公司核對匯款作業及確保受益人權益。
6. 依全民健康保險法與全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法之規定：
 - (1)歸責保險人未在 15 日內給付保險金所衍生之延滯利息係屬所得稅法所稱之利息所得，為補充保險費之扣取範疇。
 - (2)延滯利息單次給付金額新台幣 5 仟元～1 仟萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費。
7. 理賠流程：備齊上述文件送至學校經辦人員受理→投保學校用印→南山派員至學校取件→南山受理完成後匯款(支票則由南山服務人員送達)→支票簽收回條交由南山服務人員。

三、相關保單條款內容，請自南山網站查詢（網址：<http://www.nanshanlife.com.tw> 點選【商品資訊】->【保險商品】->【團體保險商品】）



南山人壽

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「團體保險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

團體保險契約資訊欄		
要保單位：	保戶編號：	保單號碼：
主被保險人(員工/成員)姓名：		
主被保險人(員工/成員)身分證統一編號或保險證號：		

立同意書人親簽欄	
※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，由被保險人本人及法定代理人簽名	
立同意書人(即被保險人)	立同意書人之法定代理人
倘超過二位(含)以上法定代理人簽名時，請分別註明所代理之被保險人姓名	
簽署日期：中華民國_____年_____月_____日	