

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
	G 3 0 0 0 5 6 0 3 2								
	(*)姓名					(*)身分證字號			(*)出生日期
									年 月 日
(*)居住地址									
縣 市 鄉 市 鎮 區									
(*)聯絡電話 () 手機 E-mail									
1. 本公司將發送理賠進度與理賠核定結果簡訊至本申請書上所填寫之行動電話號碼。 2. 填寫 E-mail 者，本公司將於結案後發送電子理賠核定結果至本申請書所填寫之電子信箱。									
(*)申請種類 ☐ 非意外事故(疾病)(1) ☐ 意外事故(傷害)(2) (*)申請日期 年 月 日									
(*)事故原因 (*)事故日期 年 月 日									
申請專案補助 ☐ 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，申請專案補助重大手術保險金(應檢具相關證明文件)									
(*)理賠類別 ☐ 死亡(A) ☐ 失能(B) ☐ 重大疾病-限大專院校勾選(C) ☐ 醫療(E) ☐ 防癌(G) ☐ 生活補助金(N)									
「理賠類別」原則以您所勾選者為準，惟如尚有符合其他理賠類別，將於確認您的意願後一併審核。 註：配合保險法修訂，自 107 年 6 月 15 日起調整「殘廢」及「失能」等相關用詞，保戶權益未受影響。									
(*)保險金領取方式 ☐ 匯撥至受益人帳戶 ☐ 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 身分證字號									
金融機構(分行) 分行通匯代號 帳號									
☐ 禁止背書轉讓支票 受益人身分證字號									
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間內，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，處理與回復您的請求，惟本公司依法令規定或因執行業務所必須，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遲達新臺幣 2 萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費，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、已除籍之本國籍者檢附最近 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。									
個人資料蒐集、處理及利用同意書 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事項之目的範圍內，得蒐集、處理及利用本人之個人資料(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業務往來之再保險公司及履行保險契約有關之第三方以辦理再保險、核保或理賠業務。									
(*)立書人(即被保險人/受益人)簽名：_____									
(*)法定代理人/監護人/輔助人 簽名：_____ 關係：_____									
(*)投保學校證明欄									
投 保 學 校 景 文 科 技 大 學 關防/學保專用章									
學 校 代 號									
校 址 231 新北市新店區安忠路99號									
電 話 (02)8212-2000									
校(園、所)長或職務代理人 職章									
經 辦 人 員 簽章 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 周 銘 洋 單位代號 FK10806 送件人員編 00884008									
連絡電話 市話：() 分機 手機：									