



高中/職以下學生
暨兒童團險專用

(範例)學生團體保險金申請書

(*)=必填欄位

保戶基本資料

(*) 被保險人 (事故者) 資料	保單號碼				學號				班級科別						
	S 0 1 0 5 3 9 2 0 X X X				3520433XX				三年五班						
	姓名				身分證字號				出生日期						
王 ○ 維				T 1 6 6 5 8 X X X X				91 年 XX 月 XX 日							
(*) 居住 住所地址	2 4 7 - X X 新北市蘆洲區長安街 XX 巷 XX 號 X 樓														
(*) 聯絡電話	(02)234555XX			手機		0928771XXX			電子郵件		wangxxxx@jakxx.com.tw				
(*) 申請種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病) <input checked="" type="checkbox"/> 意外事故(傷害)				(*) 申請日期		102 年 01 月 XX 日								
(*) 事故原因	騎車行經建國北路二段時遭汽車撞傷				(*) 事故日期		101 年 12 月 XX 日								
(*) 理賠類別	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input checked="" type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 生活補助金														
(*) 保險金 領取方式 (未勾填給付方式,一律以支票支付)	匯款至受益人帳戶(匯款方式請附上存摺影本並加填下方欄位)														
	戶名				身分證字號				帳號						
	王 ○ 維				T 1 6 6 5 8 X X X X				0 7 1			001234567XXXX			
	金融機構及分行名稱		第一銀行 ○○分行		金融機構及分行代碼		1 5 X X								
	<input type="checkbox"/> 支票(請填寫受益人身分證字號)				(*) 【請勾選】				受益人與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 其他						
(*) 受益人 及 法定代理人	身分證字號				<input type="checkbox"/> 受益人同意 貴公司得依第二頁「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」執行理賠以外之各項服務與連繫。 <input type="checkbox"/> 其他										

1. 為避免遺失冒用, 支票一律禁止背書轉讓, 金額請
2. 「受益人」為被保險人之法定代理人或其家長(以尊親等親屬優先)依序為受益人; 但若被保險人為被保險人本人。
 被保險人未滿 20 歲, 法定代理人亦請一併簽名
 養學生之人或其最近親等家屬【同親等其醫療保險金或殘廢保險金之受益人得

注意暨聲明事項

- 申請死亡保險金且受益人有數人時, 限選擇同一領取方式, 且均需簽名蓋章或各填一份保險金申請書。
- 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。
- 因匯款帳戶錯誤、變更、撤銷等原因致無法完成轉帳者, 本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。
- 依保險契約條款約定, 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。
- 各項理賠給付所需申請文件請詳見後頁, 惟給付項目仍以保險契約條款之約定為準。
- 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!

※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「病醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書」。此致 三商美邦人壽保險

(*) 投保學校證明欄		請蓋學校印信(關防或學保專用章)	
投保學校	台北市立大○國民小學	關防/學保專用章	
學校代號	3920XXX		
校址	1 0 4 - X X 台北市中山區建國北路一段 XXX 號		
電話	02-2604XXXX		
校(園、所)長或職務代理人	陳 ○ ○ 職章	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)	
經辦人員	吳 ○ ○ 簽章		

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(業務員)基本資料			
業務員姓名	單位代號	登錄字號	
聯絡電話	市話: () 分機	手機:	

各項 (二頁之一) 需申請文件



保險金申請項目 檢附文件	疾病身故	意外身故	疾病或意外全殘	部分殘廢	醫療	專案補助 重大手術保險金 (限免繳保費學生)	生活補助金
	學生團體保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓
診斷證明書					✓	✓	
醫療費用收據(註1)					✓(註4)	✓	
殘廢診斷書或身心障礙手冊或其他殘廢鑑定文件			✓	✓			
死亡證明書或屍體相驗證明	✓	✓					
被保險人除戶戶籍謄本	✓	✓					
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明(註2)	✓	✓					
意外事故證明文件(註3)		✓	✓	✓			
學籍資料(或入學資料影本) (請蓋經辦人職章)(註5)	✓	✓	✓	✓			
保險費補助之身分證明						✓	

註1：請領醫療保險金者，須檢附診斷書及醫療費用收據（若欲以收據副本或影本辦理者，須請原醫療院所加蓋院方關防為證）。

註2：戶籍資料必須能證明受益人與被保險人關係。

註3：申請意外傷害保險金時檢附。

註4：持有重大傷病卡者，須檢附重大傷病卡（或核定通知書）影本。

註5：申請身故及殘廢保險金時，國小以上學生須檢附學籍資料，幼兒園幼童須檢附入學資料。

✦ **理賠流程**：備齊上述文件送至學校承辦人員→投保學校蓋章認證→送交本公司理賠單位→理賠金匯款或開立支票→理賠金收訖簽收聯交學校承辦人員。

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:上述對象所在地之地區。(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 台端不同意本公司蒐集、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 王 維 (即被保險人),身分證字號 T16658XXXX 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三商美邦人壽保險股份有限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: 王 維 (即被保險人)

法定代理人簽名: 林 恩

被保險人未滿20歲,
法定代理人亦請一併簽名