



台灣生範本

學生團體保險金申請書

受理號碼:

大專院校學生  
團險專用

注意:  擇  打勾

保單號碼 (學校代號)		通訊處:		助理: 日期章:		受理人員: 日期章:	
姓名: 林大明		登記字號:		業務員姓名:		行動電話:	
身分證字號: B 1 2 3 4 5 6 7 8 9		學號: 1 0 1 2 3 4 5 6		學制: <input checked="" type="checkbox"/> 日校 <input type="checkbox"/> 夜/補校 <input type="checkbox"/> 特教 <input type="checkbox"/> 其他		系科: / 年 A 班	
出生日期: 0 9 1 年 0 1 月 0 1 日		理賠類別: <input checked="" type="checkbox"/> 醫療(通常) <input type="checkbox"/> 失能/重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能生活輔助金		1 <input type="checkbox"/> 專案輔助重大手術保險金(請檢附保險費輔助之身分證明)		10 <input type="checkbox"/> 收據差額給付證明 11 <input type="checkbox"/> 其他	
國籍: <input checked="" type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他		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)		投保學校證明欄			
事故原因: 受傷經過或部位或疾病住院 車禍要附事故三聯單(影本)		事故地點: <input type="checkbox"/> 校內 <input type="checkbox"/> 校外		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, 特此聲明。			
事故時間: 1 / 1 2 年 0 1 月 0 1 日 0 1 時		員警姓名: 照著三聯單寫		投保學校: _____			
聯絡電話: _____		處理警察單位: _____		電話: _____			
帳號戶名: 林大明 <input checked="" type="checkbox"/> 同「事故人」		身分證字號: B 1 2 3 4 5 6 7 8 9		校址: _____			
金融機構及分行名稱: _____		金融機構及分行代碼: _____		校長: _____ 職章			
提醒: 非本人帳戶 → 父母其中1人存摺影本 + 父(或母)、本人的身份證正反影本		帳號(郵局帳戶請依局號、檢號、帳號、檢號之順序): _____		經辦人: _____ 簽章			
聯絡地址: 430-00 台中 (市) 霧峰		鄉/鎮/市/區: 吉峰東路168號		備註: 數字零可以0註明, 英文I可以I註明, l可以L註明, Z可以Z註明。			
行動電話: 0912-345678		聯絡市話: (04) 2332-3000		※倘未勾選或填寫「聯絡地址」, 理賠各式書函/通知, 將郵寄至保單之「收費地址」或「住所」。			
電子郵件: health @ gmail.com		※有填寫行動電話、電子郵件或已申辦電子表單服務者, 本公司於結案後會以電子保險金給付通知書寄至所載之行動電話或電子郵件信箱。					
<p>蒐集、處理及利用病歷、醫療及健康檢查等個人資料同意事項</p> <p>申請人(以下簡稱本人)同意, 貴公司得依據個人資料保護法及保險法第177條之1第2項所訂管理辦法所列之目的及範圍內, 蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。</p> <p>申請人聲明並同意下列事項:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>依保險單條款約定提出保險金申請。</li> <li>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」。</li> <li>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)。</li> <li>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。</li> <li>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, 申請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。</li> </ol>							

申請人(即被保險人)/受益人: 林大明

▲此格為未滿18歲者須給家長簽名

法定代理人/監護人/輔助人: \_\_\_\_\_

身分證字號: B 1 2 3 4 5 6 7 8 9

身分證字號: \_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 日期先不用填

