全球人壽

學生團體保險理賠申請書

事故被保險人姓名	班級科系	學號	身分證字號	出生日期
				民國　年　月　日
申　請　種　類	☐身故 ☐失能 ☐重大疾病(傷病) ☐生活補助 ☐醫療 ☐重大手術 ☐其他：			
理賠申請人通訊地址：☐☐☐　縣/市　鄉/鎮/區/市　路/街　段　巷　弄　號　樓				
意外傷害說明	發生時間：＿＿年＿月＿日＿午＿時 地點：		理賠申請人與被保險人關係	
請詳述事故發生經過情形及全部就醫院所：			☐本人 ☐父母 ☐其他：	

本項理賠保險金，請依下列方式支付：☐**匯款** ☐**支票**

給付對象：☐受益人（醫療保險金之受益人為被保險人）　☐受益人之法定代理人（**身分證字號**：　　）

匯款帳戶受益人戶名：＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿銀行／郵局＿＿＿＿＿＿分行／支局 帳號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（可附存摺影本；若因帳戶資料有誤或其他因素致未能匯款時，本公司將以支票給付。）

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

全球人壽保險公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集目的：人身保險、其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。**二、個人資料類別：**(一)姓名 (二)身分證統一編號 (三)地址 (四)病歷、醫療、健康檢查 (五)其他因本契約業務需要之業務申請書或契約書內容。**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、地區、對象、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、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險犯罪防制中心、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：以書面方式行使上述權利(查詢 台端個人資料可另以本公司服務電話及網際網路方式）。**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，因此可能遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

同意聲明事項

一、本人同意全球人壽就處理進度、給付明細、拒絕給付或解除保險契約等相關事宜，得知會送件人，以利本人諮詢。

二、若申請項目為身故保險金時，為確認本次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，本人同意全球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。

病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意貴公司基於人身保險業務需要，得依據個人資料保護法及保險法第１７７條之１第２項管理辦法所規定之範圍內（包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險理賠業務），蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

理賠申請暨同意人簽章：＿＿＿＿＿＿　　法定代理人／監護人／輔助人

（非身故件為被保險人，身故件為身故受益人）　　（理賠申請人為未成年、受監護或輔助宣告者請簽章並填寫以下資料）

理賠申請人聯絡電話：＿＿＿＿＿＿　　簽章：＿＿＿＿＿＿

（填寫行動電話將提供理賠結案簡訊服務）　　身份證字號：＿＿＿＿＿＿　生日：＿＿＿＿＿＿

投保學校證明欄

本申請書所載各項經查屬實，特此聲明。

投保學校：萬能學校財團法人萬能科技大學　☐校印　學校代號：＿＿＿＿＿＿

校　長：＿＿＿＿＿＿　☐（職章）　電子郵件帳號：＿＿＿＿＿＿

經 辦 人：＿＿＿＿＿＿　☐（職章）　電話：＿＿＿＿＿＿分機＿＿＿＿

學校地址：　　申請日期：中華民國　年　月　日

見證暨送件人（壽險規劃師）：＿＿＿＿＿＿　規劃師登錄證號/執業證號：＿＿＿＿＿＿

營業處／經代代號：＿＿＿＿＿＿　聯絡電話：＿＿＿＿＿＿　E-mail ＿＿＿＿＿＿

同意查詢暨授權聲明書

茲因向　**全球人壽保險股份有限公司**　(下稱**全球人壽**)申請理賠保險給付之需要，**立授權書人**(**與被保險人關係：**非身故件□**本人**/身故件□**配偶□子女□父母□法定繼承人**)同意並委託全球人壽指派之人員或委託專業機構向貴醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司、諮詢醫師或相關單位，查詢、諮詢、索引(包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作、或配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為)、問診、調閱、抄錄、影印**被保險人**_____(生日：____年___月___日，身分證號碼_____)自契約生效日: ____年___月___日前五年起，至「本同意查詢暨授權聲明書簽章日」為止之就診且不限科別之相關就診病歷、或就診病名：_____及依據中央健康保險署提供之歷次就診記錄查詢之就醫詳情、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立授權書人同意委由全球人壽人員代為填寫，並聲明：「立授權書人同意並委託全球人壽就本同意查詢暨授權聲明書為影印使用，且本同意查詢暨授權聲明書之影本與正本具同等效力。」　　特立此書存照

此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司、諮詢醫師或相關單位

立 授 權 書 人 簽 章：_____ 身分證號碼：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ 身分證號碼：_____

(立授權書人，若為未成年人或受監護宣告/輔助宣告者，請法定代理人/監護人/輔助人一併簽章，並請檢附身分證影本，以及戶口名簿、戶籍謄本、法院裁定等關係證明文件)

聯絡地址:

聯絡電話:

中　華　民　國　　年　　月　　日

註 1:「同意查詢暨授權聲明書」為查詢醫療院所及相關單位所需，請於申請理賠時簽名及蓋章，若經評估本案需要查證而您未簽章同意，將會影響本次理賠辦理的進度。

註 2:部分醫療院所，要求使用該院之特定制式表格，如需您再行補立同意書，將有專人通知您協助。

註 3:身故案件，立授權書人須為被保險人之法定繼承人，並請檢附立授權書人之身分證影本，及與被保險人間具有利害關係證明之戶籍謄本/戶口名簿影本。

申請保險金所需檢附文件一覽表

給付項目 / 申請文件	身故保險金	失能保險金	生活補助金	重大手術保險金	重大疾病(傷病)保險金	骨折未住院日額給付保險金	醫療保險金
學保專用理賠申請書	√	√	√	√	√	√	√
醫療診斷書				√ (註5)	√	√	√
醫療費用收據				√(註4)			√(註4)
失能診斷書		√					
死亡證明書或 相驗屍體證明書	√						
除戶戶籍謄本	√						
骨折X光片						√	
重大傷病證明文件					√(註6)		
受益人戶籍謄本(註2)	√	√	√(註3)				
學生證正反面影本(需蓋註冊章或休學章)	√	√	√	√	√	√	√
戶口名簿影本							受益人非學生時需提供
病理組織切片報告					初次罹癌需檢附		初次罹癌需檢附

註：

1. 若發生保險事故，需要申請理賠者，請備齊文件，直接與就讀學校的經辦人員聯繫，並由學校提出申請。若有任何保險咨詢或理賠服務，可逕向本公司派駐該校之服務人員聯絡，或洽本公司各地服務據點。
2. 戶籍資料必須能證明受益人與被保險人關係。
3. 生活補助津貼請領時之戶籍資料必須能證明被保險人滿失能週年仍生存。
4. 申請醫療保險金之醫療費用收據（須由合法開業之醫院診所開具且列明醫療費用明細），並得以收據副本或影本替之，但須請原醫療院所加蓋院方關防為證；檢附二家醫院之醫療收據時，則須檢附各家院所診斷證明，依此類推。
5. 申請重大手術保險金須經醫院診斷並詳細記載手術名稱。
6. 申請重大傷病保險金者，另檢具醫療診斷書及重大傷病證明文件。
7. 配合保險法修正，調整理賠申請書用詞，本次用詞異動無更動原商品實質給付內容及權利義務。

本公司各地服務據點：

台北：110 台北市市民大道六段 288 號 12 樓	(02)6639-9999
桃園：320 桃園市中壢區健行路 169 號 5 樓	(03)260-7200
台中：403 台中市西區台灣大道二段 307 號 1 樓	(04)3606-7500
台南：704 台南市北區西門路三段 159 號 4 樓	(06)601-7600
高雄：802 高雄市苓雅區中正二路 175 號 1 樓	(07)861-7900