

可影印使用



南山人壽保險股份有限公司

受理日期：
受理編號：
通訊處代碼：
業務員代碼：
業務員姓名：
業務員行動電話：

團體保險保險金申請書

填寫日期：___年___月___日

要保單位名稱：彰化縣芬園鄉公所		保戶編號：DI389 保單號碼：G410001389	
被保險員工姓名： (成員/業務員)		出生年月日： 聯絡電話： 行動電話：	保險證號碼(或員工編號)： 身分證統一編號：
地址：		受僱日期： 計劃別：	E-Mail address：
事故人姓名：		身分證統一編號： 出生年月日：	與被保險員工關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母
此次事故您是否可獲得其他保險金或補償金償付？ <input type="checkbox"/> 是(請列保險公司名稱：_____) <input type="checkbox"/> 否			
申請項目： <input type="checkbox"/> 住院醫療 <input type="checkbox"/> 住院日額 <input type="checkbox"/> 居家療養 <input type="checkbox"/> 意外醫療 <input type="checkbox"/> 意外日額 <input type="checkbox"/> 手術津貼 * <input type="checkbox"/> 職業災害 <input type="checkbox"/> 門診給付 <input type="checkbox"/> 生育給付 <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 失能補償 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 其他			
*申請職業災害保險給付類別： <input type="checkbox"/> 一、死亡給付 <input type="checkbox"/> 二、傷病給付(醫療期間不能工作之工資補償)。 <input type="checkbox"/> 三、殘廢給付 <input type="checkbox"/> 1.經治療終止後身體遺存殘廢，並符合勞工保險條例所規定之殘廢定義者。 <input type="checkbox"/> 2.醫療期間滿兩年仍未能痊癒，並喪失原有工作能力，且不符第1項之規定者。			
*要保單位是否已先行給付應付之保險金？ <input type="checkbox"/> 是(請提供【職業災害補償金墊付證明暨債權讓與同意書】及其相關證明文件。) <input type="checkbox"/> 否			
事故種類： <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外(請詳填「意外事故內容」)			
曾否因同一傷害/疾病申請理賠？ <input type="checkbox"/> 是(申請日期：___年___月___日/就診醫院名稱：_____) <input type="checkbox"/> 否			
意外事故內容	發生時間	____年___月___日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分	報案日期 (無則免填)
	事故地點		
	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)	
	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(利用金融機構匯款快速又方便，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	<input type="checkbox"/> 同前一次理賠帳戶		
	<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> 信用合作社 <input type="checkbox"/> 農會 <input type="checkbox"/> 漁會			
<input type="checkbox"/> 分行 <input type="checkbox"/> 支局 <input type="checkbox"/> 辦事處 <input type="checkbox"/> 分社			
支票	<input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票(金額超過新臺幣20萬元時加劃平行線)		
票	<input type="checkbox"/> 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)		

※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)已詳閱 貴公司依個人資料保護法第八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。

※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。
※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。
此致 南山人壽保險股份有限公司

要保單位簽章

被保險員工(委任人)簽名

事故人/受益人(委任人)簽名

法定代理人/監護人/輔助人簽名

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(以下稱個資法)第八條第一項及第九條第一項規定,向您告知下列事項,請您詳閱:

- 一、蒐集之目的:00一人身保險、0六九契約、類似契約或其他法律關係事務、0九0消費者、客戶管理與服務
- 二、蒐集之個人資料類別:姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、與事故經過相關的查證個人資料等(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),詳如本申請書及應備文件內容所載。
- 三、個人資料之來源:(一)要保單位(二)您的法定代理人、輔助人(三)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: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、財團法人保險犯罪防制中心、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。
- 五、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。
- 六、您不提供個人資料所致權益之影響:您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:

申請項目 具備文件	身故			殘廢		重大燒燙傷	失蹤 /意外失蹤	醫療				職業災害			
	一般疾病身故	癌症身故	意外身故	全殘	部份殘廢			門診手術 /住院手術 /重大手術	住院 /出院療養	骨折津貼	癌症醫療 /住院醫療 /傷害	死亡給付	殘廢給付	期間不能工作 之工資補償	傷病給付(醫療)
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
死亡證明書或相驗屍體證明書	✓	✓	✓				✓						✓		
被保險人之除戶戶籍謄本	✓	✓	✓				✓								
受益人身分證明	✓	✓	✓	✓			✓						✓	✓	
診斷證明書/殘廢診斷書				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
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(如X光片)			✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓				
勞工保險給付收據影本													✓	✓	✓

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。
 - ※ 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. 申請團體險之身故/全殘保險金不需檢附保險單。
5. 申請骨折津貼或傷害醫療保險金者可附「X光片」以確定傷害部位或程度。
6. 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」。
7. 申請職業災害給付,如有要保單位已先行給付應付之保險金時,請一併填具職業災害補償金墊付證明暨債權讓與同意書。
8. 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。
9. 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5千元~1仟萬元者,應按規定之補充保險費率扣取補充保險費。

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】->【團體保險商品】)

同意查詢暨授權聲明書

茲因向南山人壽保險股份有限公司(下稱南山人壽) 申請保險給付投保團體保險之需要，立同意書人_____ (與事故人關係：本人 受益人法定代理人監護人輔助人 其他_____) 同意並委託南山人壽指派之人員向 貴醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位，索引、查詢(含配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之掛號行為)、調閱、抄錄、影印事故人_____ (生日：民國(以下同)____年____月____日生，身分證統一編號：_____) 自事故人投保/加保生效日____年____月____日前五年內迄本同意查詢暨授權聲明書”簽署日”為止之就診且不限科別之相關病歷(病名：_____)、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，立同意書人同意委由南山人壽人員代為填寫，並聲明：

立同意書人同意並委託南山人壽就本同意查詢暨授權聲明書為影印使用；立同意書人同意本查詢暨授權聲明書之影本與正本具同等效力且依前述內容辦理。

若因醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位要求提供特定格式同意書，本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。

特立此書存照。

此致 各有關醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位

立 同 意 書 人 簽 名：_____身分證統一編號：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____身分證統一編號：_____

(事故人/身故受益人為未成年人或受監護宣告者或受輔助宣告者，請填寫並請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)

聯 絡 地 址：

聯 絡 電 話：

中 華 民 國：____年____月____日