新光人壽 Shin Kong Life | 台新新光金控

機密等級：機密

# 團體保險金申請書

※請詳閱次頁「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」、「給付約定事項」及「申請注意事項」說明。

申請日期：　　年　　月　　日

※申請書除虛線灰底欄位視需要填載外，其餘資料請詳細填寫，以利縮短作業時間。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 要保單位 | 社團法人高雄市牙醫師公會 | | 保單號碼 | |
| 員工資料 | 員工姓名 | | 部門別/員工代號 | |
| | 身分證統一編號 | | 聯絡電話/行動電話 | |
| | | | E-Maill address | |
| 事故人及申請項目 | 姓名 | | 與員工關係 | □本人 □配偶 □子女 □父母 |
| | 身分證統一編號 | | | |

□身故保險金 □失能保險金 □重大疾病 □手術津貼 □住院醫療保險金
□癌症醫療保險金 □傷害醫療保險金 □門診給付 □其他 _____
□申請收據差額給付

□職業災害
※要保單位是否已先行給付應付之保險金？
□是　請提供【職業災害補償墊付證明暨債權讓與同意書】及其相關證明文件。　□否

事故種類：□疾病　□意外（請詳填『意外事故內容』）

| 意外事故內容 | | | 請簡述事故過 |
|---|---|---|---|
| 發生時間 | 年　月　日　時 | | ※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。 |
| 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） | | |

給付方式

匯款

□匯款至申請人或受益人帳戶；□使用前次理賠匯款成功帳戶。
□匯款至法定代理人帳戶（僅限醫療保險金受益人為未成年且金額未達新臺幣五十萬元，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給付。），並檢附足以證明關係之證明文件（如：戶籍謄本、戶口名簿等）。
請另填下列『金融機構匯款同意書』

## 金融機構匯款同意書

立同意書人（即申請人）同意　貴公司將給付之保險金匯入下列指定之金融機構帳戶（請參次頁填寫範例及說明）內，並聲明下列帳戶確為立同意書人之帳戶，若因提供之資料有誤或字跡不清造成誤匯者，概由立同意書人自行負責，且視同保險金已給付；若致無法匯款或匯款金額逾限額者，同意　貴公司一律改以支票支付，絕無異議。

| 戶名（受益人或受款人） | 金融機構及分行名稱 | 金融機構及分行代號 | 帳號（郵局需含局號） |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人（以下簡稱本人）同意　貴公司基於核保、理賠、申訴等相關保險業務、履行保險契約法定義務及符合法令規範之需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二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核保或理賠業務），蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。
申請項目為身故保險金者，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（受益人）同意　貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對，以作為保險金給付審核之參考。

此致　新光人壽保險股份有限公司

要保單位蓋章：

申請人（即受益人）簽章：

外籍英文姓名：

身分證統一編號：

出生年月日：　年　月　日/國籍：

聯絡地址：（郵遞區號　　）

（※申請人為未成年人或受監護宣告或監護輔助宣告者，併應由法定代理人/監護人/輔助人本人親自簽章併檢附身分證明文件）

法定代理人/監護人/輔助人 簽章：

外籍英文姓名：

身分證統一編號：

出生年月日：　年　月　日/國籍：

聯絡（行動）電話：（　　）

理賠給付通知書將以填寫之手機號碼傳送簡訊連結方式提供，不再另行寄送紙本理賠給付通知書；如受益人之手機號碼有開啓 LINE 通知型訊息服務，本次理賠結果，將會傳送至建檔手機號碼所設定之 LINE 帳號。

E-Mail：

理賠給付通知書將以填寫之 E-Mail 方式提供，不再另行寄送紙本理賠給付通知

門急診收據合計表線上建檔序號：＿ ＿ ＿ ＿ ＿ ＿ ＿ ＿ ＿ ＿ ＿ ＿

服務人員簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿　服務人員ID：＿＿＿＿＿＿　送件單位：＿＿＿＿　通訊處，代號：＿＿＿＿

服務人員電話：＿＿＿＿＿＿＿＿　送件日期：＿＿＿＿＿＿

※服務人員應見證簽章部分確為當事人本人親自簽章並確認當事人身分、關係，如有因不實致生紛爭，應負相關法律責任。

## 蒐集、處理及利用個人資料告知事項

新光人壽保險公司(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、蒐集之目的：(一)人身保險。(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

二、蒐集之資料類別：　台端與本公司往來之業務及契約書、申請書、經當事人同意由醫療院所等相關機關機構提供之病歷、醫療、健康檢查、事故發生之所有病歷、檢驗值、酒精濃度、司法、行政調查及其他等個人資料類別為限。〔註〕

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)、檢察、警察暨調查機關(包含但不限於地檢署、偵查隊、警察(分)局、派出所、交通/公路相關機關)、消防局、海巡署、產壽險公會及各保險公司等相關機關機構(經當事人同意)。

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(分)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等相關機構。(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：依申請需求區分，本公司得採行以書面、電子郵件、傳真、電子文件等不同方式受理。您可以至本公司各服務中心或利用客戶服務專線0800-031-115向本公司行使您的權利。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，基於健全人身保險業務之執行，保險公司將無法提供您完善的人身保險服務。

註：本公司係依法務部頒布「個人資料保護法之特定目的及個人資料類別」蒐集　台端個人資料。

## 申請注意事項

（保險金申請書填寫及應檢附文件說明）

1.本申請書適用於　團體保險件　之各項理賠保險金申請件。
2.本申請書填寫原則，係以事故及申請人為單位；若遇有多次事故同時申請，請分別填寫申請書。
3.申請書中『申請人』於身故保險理賠時係指保險單所載之身故保險金受益人，其餘如醫療保險、失能、重大疾病……等係指『事故者』本人。
4.國籍非為中華民國或中華人民共和國時，請依居留證或護照中所載之英文姓名「姓/Surname」及「名/Given name」填寫，以利建檔。
5.國籍為中華民國時，可免填國籍。
6.保險金受益人為未成年人時，應由父母共同行使法定代理權(即於法定代理人欄簽章)，並檢附足以證明其關係之證明文件（如：戶籍謄本、戶口名簿等）。
7.因心神喪失或精神耗弱致無法處理日常事務者(如植物人)，請附監護宣告裁定書並由監護人或輔助人提出申請。
8.申請配偶、子女之理賠，請另檢附足以證明其關係之證明文件（如：戶籍謄本、戶口名簿等）。
9.被保險人於台灣境外(含大陸地區)發生保險事故時，其檢附之書類需經我國駐外單位或相關程序之驗證，始得認定為有效之書證。另，書證除英、日文外，需附中文翻譯本憑辦，以利迅速處理。
10.檢附非中文書類時，需另附護照影本等證明文件以確認身分。
11.申請與「癌症」有關之理賠（如：申請重大疾病、防癌保險、、），應檢附癌症病理切片或相關檢驗報告以資證明。
12.本人、配偶、子女因「骨折」申請意外傷害醫療保險金或失能理賠時，除檢附診斷證明書外，並請檢附X光片以區別骨折程度（完全骨折、不完全骨折或龜裂）及確認傷害部位。
13.申請「剖腹生產」手術保險金時，如係初次剖腹生產，請檢附全戶之戶籍謄本，以利迅速處理。
14.「失蹤」案件需先向法院辦理死亡宣告後始得憑辦。如認為極可能因意外傷害事故而死亡者，可檢附相關意外證明文件並附切結書後辦理。
15.因應107年06月15日保險法相關條文修正，致保險金給付項目用詞有所調整，原用詞為「殘廢」、「死殘」、「全殘」、「腦中風後殘障」、「殘障」、「殘缺」、「殘扶」、「殘疾」、「傷殘」、「失能」、「精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者」，分別對照新用語為「失能」、「死亡及失能」、「完全失能」、「腦中風後障礙」、「機能障礙」、「缺損」、「失能扶助」、「疾病失能」、「傷害失能」、「喪失工作能力」、「受監護宣告尚未撤銷者」，惟被保險人之權利義務內容完全不受用語調整影響。
16.因應美國海外帳戶稅收遵循法案(簡稱FATCA法案)及金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(以下簡稱CRS)要求，若身故保險金受益人具有美國公民或稅務居民之身分請於提出身故保險金理賠申請時同時填具相關表單，以維護權益免遭受美國稅法及臺灣稅法上的不利處遇。
17.如受益人之手機號碼有開啓 LINE 通知型訊息服務，本次理賠結果，將會傳送至建檔手機號碼所設定之 LINE 帳號。
18.如同時填寫手機號碼及E-Mail，理賠給付通知書將同時以填寫之手機號碼傳送簡訊連結及E-Mail方式提供。
19.保險公司辦理理賠作業，將依被保險人實際接受之治療情形，參據醫學專業意見及評估是否為一般醫療常規行為，審核其醫療(含住院)必要性。

## 給付約定事項

1.本公司給付保險金方式原則以申請人選擇之方式為給付，若因提供之資料有誤或字跡不清造成誤匯者，概由申請人(即受益人)自行負責，若未勾選或未填寫匯款帳號，視為同意匯入前次匯款之帳號。若欲申請支票給付，請於空白處註記。若欲取消禁止背書轉讓或畫線，請填寫「支票更改申請書」，前者須附身分證影本及證明文件。
2.選擇匯款至法定代理人帳戶時需由全體法定代理人簽章同意後再選擇其中一人帳戶匯款。

## 金融機構匯款帳號填寫說明

**1. 郵政存簿儲金**：【請參照存摺，填寫七位局號（含檢號）及七位帳號（含檢號)】

例：客戶姓名為王大明，欲匯入七堵郵局，金融機構代號 **700**，局號為 **0011033**（含檢號），帳號為 **0123456**（含檢號)。

| **戶　名（受益人）** | 金融機構及分行名稱 | 金融機構及分行代號 | | | | | | | **帳　　號**（含郵局局號） | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 王大明 | 基隆七堵郵局 | 7 | 0 | 0 | | | | | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

**2. 金融機構**：【請參照存摺帳號靠左填寫，未滿欄位請留空白】

**台幣帳戶**：【請參照存摺帳號靠左填寫，未滿欄位請留空白】

例:客戶姓名為王小華,欲匯入新光銀行台北分行,新光銀行代號為 **103**,台北分行代號為 **1100**,帳號為 **1100123456789**。

| **戶　名（受益人）** | 金融機構及分行名稱 | 金融機構及分行代號 | | | | | | | **帳　　號** | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 王小華 | 新光銀行台北分行 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |