(电车71本地址, 电話错填底完整. V 端中如告送件

投保類別: 口大專院校學生團體 申請項目:□ 身故保險金 □ 宣大疾病保險金 □ 失能保險金 □ 傷害醫療保險金 □ 住院醫療日額保險金 □ 住院醫療保險金 □癌症醫療保險金 □其它 □ 差額給付證明 保單號碼: 要保單位: 僑光科技大學 生日:民國90年1月1日 身分證號碼: 學生/寧故人姓名: A123456780 FULF 故 基 wang @ gmail. com 行動電話 事故人聯絡電話 資 就診身分 ロ 健保 ロ 自賣 口 疾病 心意外 \Box 聯絡電話: 派出所 處理警員: 保 分局/ 處理單位: 險 請說明保險事故發生地點、原因、經過情形及診斷(如為車禍事故,請填寫車號) 亭 光块岛虚煌 故 A123456789 身分證號碼 匯款帳戶為口受益人口 匯入前次理賠帳號 EJ, FA 受益人之法定代理人的帳號 分行 分行代碼 🗌 🗎 🗎 🗎 🗎 🗎 🕳 郵局 金融機構名稱 款 1000 支 * 身故保險金有二人以上受益人時,請另填寫「理照申請暑附表-保險金給付聲明」 票 * 帳號請參照存摺由左而右填寫,如不足 14 碼者,請空白,勿補零。戶名、匯款帳號有誤或不全,本公司得改以禁止觜鸖轉讓支票給付。 當那人誘保險股份再限公司(下籍本公司)依賴個人資料保護法及洗獎防割法和開規定,向 台端告知下列事項,請 台號務必詳閱,本公司因辦理您的理陪申請與查證夢故經過 ,會需要蒐集、處理及利用您的個人資料(如姓名,身分體統一線號,聯絡方式、鴉歷或醫療、健歷榜萱等),該資料會在前開蒐集目的存給期間及依法令規定執行業務之期間 內被處理或利用。您的個人資料除了基於海外急雖救助願務。境外理磨中請文件轉送服務、再保險業務或委外業務執行的需要會在我國境外處理及利用外,僅會以電子檔案或 紙本形式於我國境內供本公司及上傳產壽險公會建立查詢系統、本公司的委外原商、保險事業發展中心、金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用。 若申請項目為身故保險金時,為確認本次理期申請所檢附相驗景體證明溫(或死亡證明書)內容之正確性,本公司將提供前開資料予衛生福利部死亡通報系統以進行資料比對。 請書告知 本公司保有您的個人資料時,您可以至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複製本,若您的個人資料有績或記載不完全,您可以書面過知補充或 更正。但依法愿越為適當的理由說明;若尚有其他疑義時。您也可以書面遍知本公司停止蒐集。處理、利用或剛除您的個人資料,若您選擇不同意提供或是提供之個人資料不 完全時, 本公司將可幾延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能延遲或無法提供相關理賠給付。此外,個人或法人、固體於理赔申請時,需提供身分證明文件或法 人、團體登記證明文件、股權結構資料及負責人、董監夢、總經理、出資25%以上股東之基本資料。 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集處理利用同意書 含轉送予有業務往來之再保公司辦理再保險核保或理赔業務,蒐集、處理及利用本人之病歷、儲療及健原檢查個人資料。 此致 富邦人壽保險股份有限公司 立書人(即被保險人)/受益人簽章: 意書 法定代理人/監護人/輔助人簽章: 身份證字號 日 110 《單類條股給付》已確認上列相門資料正確無端,本件為保险信息人公司送付申請時,由係係係犯人公司代理餐收保險給付通知書。 "鱼客人、爱蓝人鸟本成年人、爱戴莲衣插的宣告之人时。您由法定代理人 哲过人直结的人亲自签名同意。 **送件人員行動電話** 菱雜字號/執業語書編號 送件(見證)人簽章 均係由本人見告、且本人保持自任何其它上虚偽情事。 *本申請者上受益人之首名 理赔單位收文章 承額人員 X 單位代码 員 河 料

同意查詢登明書

茲因申請富邦人壽保險股份有限公司(下稱富邦人壽)保險給付之需要,

	立書人: ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
	户123456月8月(關係為 □ 本人 □ 受益人 □ 法定代理人或監護人)之身分
	同意委託富邦人壽向 貴機構/單位索引、查詢、調閱、抄錄或影印本案相關保險事故資
	料或被保險人自契約生效日(民國年月日)之前五年內迄本聲明書簽章日
	為止,不限科別之特定疾病的相關病歷(病名:)。
	以為參證之處理及利用,本人並同意富邦人壽就本聲明書得影印使用,其影本與正本具相
	同效力。
	此愛
	有關醫療機構、嘗案機關、消防機關、監理機關、海巡機關、或其它相關單位及個人
	立書人簽章: 上 」、 ・
	(如立書人為未成年人或受監罰或輔助宣告之人,請由法定代理人、監罰人或輔助人簽章,並提供關係證明、身分證正反面影本等)
	18 次 え 毛 な R 電話 (或行動電話) 號碼: 6422 - 123 4 5 6
7	身分證號碼:
	(如立晉人為受部分輔助宣告之人,請法定輔助人一併簽章,並提供關係證明、身分證正反面影本等)
	中國人口中中一日
f==	

親愛的保戶您好,請閱讀下列說明事項

- 一、本聲明書僅供向醫療機構調閱事故人病歷或查證事故紀錄經過之用,不另做其它用途。
- 二、若您此次申請不需藉由查詢病歷評估,本公司將會從遠辦理,若經評估本案需要查詢病歷而您未簽名同意時,本公司即須通知業務同仁再次勞煩您簽名,如此將會造成您時間上的不便,也將影響辦理的進度,所以請您於申請理賠的同時再於此頁簽名同意。(部分醫院需要該院的制式表格,可能需要再行簽名,業務同仁將通知您協助)。

您已簽名的部分,本公司將本於誠信及保護您個人資料安全的最高原則下保管及使用,感謝您的協助,富邦人壽敬祝您平安健康。

01069903008