富邦人壽　大專院校學生團體保險理賠保險金申請書

※本申請書請逐項填寫，應備文件及注意事項請參考背頁說明。

投保類別：■大專院校學生團體

申請項目：□身故保險金　□重大疾病保險金　□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

請依個人事故醫療情況勾選

	要保單位：僑光科技大學		保單號碼：不需填寫
事故人基本資料	學生/事故人姓名：請以正楷填寫完整	身分證號碼：請填寫完整	生日：民國　年　月　日　請填寫完整
	學號：請填寫完整	系(所)別：就讀系名>>如:行流系	班級：就讀班級>> 如:行流107忠
	事故人聯絡電話：(請填寫完整　行動電話：請填寫完整　E-mail		
	事故人聯絡地址：請填寫完整　縣/市　鄉/鎮/區/市　村/里　路/街　段　巷　弄　號　樓		
保險事故	事故時間：民國　年　月　日　時 (就醫或住院日期)	□疾病　□意外	就診身分 □ 健保 □ 自費
	處理單位：請依個人狀況填寫　派出所　處理警員：　聯絡電話：		
	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) 請依個人狀況填寫>>如：車禍、住院		

□匯款□支票	匯款帳戶為□受益人□匯入前次理賠帳號 □受益人之法定代理人的帳號 <<請勾匯款	戶名	學生/事故人姓名	身分證號碼	學生/事故人身分證號
	金融機構名稱	請填寫銀行名稱或勾選郵局 _____銀行 _____分行 分行代碼 □□□□□□□			□郵局
	帳　號	□□□□ □□□□ □□□□ □□ <<帳號請由左至右填寫			

＊身故保險金有二人以上受益人時，請另填寫「理賠申請書附表-保險金給付聲明」
＊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，本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。

理賠申請書告知暨注意事項

富邦人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法及洗錢防制法相關規定，向 台端告知下列事項，請 台端務必詳閱。

本公司因辦理您的理賠申請與查證事故經過，會需要蒐集、處理及利用您的個人資料(如姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷或醫療、健康檢查等)，該資料會在前開蒐集目的存續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難救助服務、境外理賠申請文件轉送服務、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、本公司的委外廠商、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。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。若您的個人資料有誤或記載不完全，您可以書面通知補充或更正，但依法您應為適當的理由說明；若尚有其他疑義時，您也可以書面通知本公司停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料。若您選擇不同意提供或是提供之個人資料不完全時，本公司將可能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、團體於理賠申請時，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、董監事、總經理、出資 25%以上股東之基本資料。

特種個資同意書

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集處理利用同意書

立書人(以下簡稱本人)同意　貴公司基於理賠申請與查證事故經過需要，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範圍內(包含轉送予有業務往來之再保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、醫療及健康檢查個人資料。

此致　富邦人壽保險股份有限公司

同學親自簽名　　未滿20歲需要法定代理人簽名

立書人(即被保險人)/受益人簽章：_____**法定代理人/監護人/輔助人簽章：**_____

中　華　民　國　　年　　月　　日　<<請填寫送件日期

*本人申領保險給付，已確認上列相關資料正確無誤，本件為保險經紀人公司送件申請時，由保險經紀人公司代理簽收保險給付通知書。
*立書人、受益人為未成年人、受監護或輔助宣告之人時，應由法定代理人，監護人或輔助人親自簽名同意。

送件人員資料

送件(見證)人簽章	登錄字號/執業證書編號	送件人員行動電話

*本申請書上受益人之簽名，或其身份證影本之真實，均係由本人見證，且本人保證無任何其它上虛偽情事。

單位代碼	要保單位簽章	承辦人員	助理簽章	理賠單位收文章
	僑光科技大學 學生事務處 生保健組			

107.06 版

富邦人壽

同意查詢聲明書

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：同學親自簽名 以被保險人 同學親自簽名 身分證號碼：

請填寫完整 (關係為 □ 本人 □ 受益人 □ 法定代理人或監護人)之身分

請勾選

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：_____)，

(依個人狀況填寫，無則免填)

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。

此致

有關醫療機構、警察機關、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：同學親自簽名 身分證號碼：請填寫完整

(如立書人為未成年人或受監護或輔助宣告之人，請由法定代理人、監護人或輔助人簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

電話(或行動電話)號碼：請填寫完整

未滿20歲需要法定代理人簽名

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ 身分證號碼：_____

(如立書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 華 民 國 年 月 日

(請填寫送件日期)

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，本公司將會從速辦理，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

104.01