


cc 郵寄送件
地址 電話 請填寫完整
大專院校學生團體保險理賠保險金申請書

投保類別： <input type="checkbox"/> 大專院校學生團體					
申請項目： <input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金 <input type="checkbox"/> 住院醫療日額保險金 <input type="checkbox"/> 住院醫療保險金 <input type="checkbox"/> 癌症醫療保險金 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/> 差額給付證明					
要保單位： 僑光科技大學				保單號碼：	
爭 故 人 基 本 資 料	學生/事故人姓名： 王小明		身分證號碼： A123456789		生日：民國90年1月1日
	學號： 110123456		系(所)別： 金管		班級： 110 中
	事故人聯絡電話： 6432016855	行動電話： 0432-123456	E-mail： wang@gmail.com		
	事故人聯絡地址： 縣市：台中 縣/市：西屯 鄉/鎮/區/市：西墩 村里：僑光 路/街： 巷 弄 號 樓： 100				
	事故時間：民國 110 年 10 月 1 日 時 <input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 意外				
保 險 事 故	處理單位：分局/ 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) 吃火鍋燙傷				
匯 款 支 票	匯款帳戶為 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 匯入前次理賠帳號 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人的帳號		戶名： 王小明	身分證號碼： A123456789	
	金融機構名稱： 台灣 銀行 青島 分行 分行代碼 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 郵局				
帳 號： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
* 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 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國外處理及利用外，僅會以電子檔或紙本形式於我國境內供本公司及上層保險公會建立查詢系統、本公司的委外廠商、保險專業發展中心、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，您可以逕面通知補充或更正，但依法應為適當的理由說明；若尚有其他疑義時，您也可以逕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。				
	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 立書人(即被保險人)/受益人簽章：王小明 法定代理人/監護人/輔助人簽章： 身份證字號 國籍 生日 中 華 民 國 110 年 10 月 10 日				
特 種 個 資 同 意 書	本人申請保險給付，已確認上列相關資料正確無誤，本件為保險人/本人申請時，由保險經紀人/代理人代理發給保險給付通知書。 立書人、受益人尚未成年者，或無行為能力或限制行為能力者，應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽章同意。 送件(見認)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，應由本人親自簽章，或由本人委託任何其它上處為請事，均係由本人負責，且本人保證無任何其它上處偽請事。				
送 件 人 員 資 料	單位代碼		承辦人員	助理簽章	理賠單位收文章
					

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: 王小明 以被保險人 王小明 身分證號碼: A123456789 (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: 王小明 身分證號碼: A123456789

(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: 0432-123456

法定代理人/監護人/輔助人簽章: _____

身分證號碼: _____ 國籍: _____ 出生日期: _____

(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 110 年 10 月 10 日

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

