



<b>保單號碼</b> <input type="checkbox"/> 原朝陽人壽保單		本次申請範圍為 <input type="checkbox"/> 個人保單 <input type="checkbox"/> 團體保險 <input type="checkbox"/> 旅平險，並填寫下列相關欄位（若未勾選，視為同意申請所有符合合理賠要件且可理賠之保單）			
		個人保險： _____（填寫一張有效保單號碼代表即可）		旅平險： _____（填寫一張有效保單號碼代表即可）	
		團體保險： 要保單位名稱： <u>ABC有限公司</u> 保戶編號：_____ 保單號碼：_____ 員工（成員）姓名： <u>王大明</u> 員工（成員）工號： <u>12345</u>			
與主被保險人 / 與團體保險員工關係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母（家庭型保單請務必填寫該保單號碼並勾選上列關係）					
被保險人姓名		身分證統一編號		出生日期	
王小明		A12345XXXX		中華民國 103 年 10 月 10 日	
聯絡地址：		110-123 台北縣(市) 信義鄉鎮市區 莊敬路街 段 巷 弄 5X 號 樓 之			
領取方式	<input type="checkbox"/> 同前一次理賠帳戶（匯款銀行：_____） <input type="checkbox"/> 匯款至受益人帳戶 <input type="checkbox"/> 保險金信託（請檢附保險金信託帳戶資料） <input checked="" type="checkbox"/> 匯款至法定代理人帳戶（限未成年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）				
	戶名： <u>王大明</u> 若有多位受益人時，請提供存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 郵局 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 / 合作社 / 農會 <u>兆豐</u> 銀行 合作 社 農漁會 <u>三重</u> 分行 分社 辦事處				
	通匯代碼 <u>017</u> - <u>0125</u> 帳號 <u>123456654321</u> （銀行代號） （分行代號） 由左而右填寫，不足位者請留空不用補0，未填寫或帳戶資料不正確，將以禁止背書轉讓支票給付				
	<input type="checkbox"/> 外幣帳戶（僅供外幣保單使用）（上方帳戶是外幣帳戶時，請另提供帳戶之英文姓名，以利匯款），英文姓名：_____ <input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票（支票金額超過新臺幣 20 萬元時加劃平行線）				
通知書	保險金給付通知書請以下列方式擇一送達，同時勾選多項時則優先以簡訊方式送達，若簡訊、E-MAIL 失敗時或未勾選，即以聯絡地址郵寄紙本				
	1. <input checked="" type="checkbox"/> 以行動電話簡訊通知： <input checked="" type="checkbox"/> 同上聯絡電話 <input type="checkbox"/> 另填寫行動電話：_____（如勾選並填寫此欄位，受理簡訊將改寄發至此） 2. <input type="checkbox"/> E-MAIL：_____ @ _____				
您亦可掃描右上方 QR code 南山人壽 LINE 官方帳號，加入好友並綁定南山人壽會員，立即享有個人化服務。					
申請類別		<input type="checkbox"/> 疾病  <input checked="" type="checkbox"/> 意外	申請項目 * 配合保險法修正，殘廢用詞調整為失能，被保險人權益不受用詞調整影響。 1. <input checked="" type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 職業災害 2. <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 初次罹患癌症 <input type="checkbox"/> 生命末期提前給付 3. <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 長期照顧 <input type="checkbox"/> 豁免保費 4. <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 完全 / 部分失能 5. <input type="checkbox"/> 差額給付證明 <input type="checkbox"/> 其他 * 職業災害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		
			意外事故內容 <input type="checkbox"/> 與前次事故相同 <input checked="" type="checkbox"/> 新事故發生時間：中華民國 113 年 1 月 10 日 上午 15 時 30 分 報案日： <u>113/01/10</u> 處理單位： <u>中山分局</u> 承辦人： <u>曾正義</u> 電話： <u>2501XX45</u> 請詳述保險事故發生地點、原因、經過情形、事故時職業及工作內容（如有報案或警方證明文件等，請提供相關資料） <u>於中山北路與民權西路走路過十字路口時，被闖紅燈之計程車撞擊</u>		
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(下稱個資法)第八條第一項、第九條第一項及第六條第二項規定，向您告知下列事項，請您詳閱： 一、蒐集之目的：(一) 00-人身保險 (二) 06-九契約、類似契約或其他法律關係事務 (三) 09-消費者、客戶管理與服務 (四) 一八-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、健康檢查、及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件理賠前「例如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) 要保人。(二) 您或您的法定代理人、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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、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督機關。(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：若您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，因此可能延遲或無法提供您相關服務或給付。 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。 本人同意 貴公司將本件理賠申請所檢附的相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料進行比對，以確認內容的正確性。					

要保單位 / 保經代簽章  
--

本人同意上述事項，並同意 貴公司將理賠申請相關文件 / 資訊由右列送件人轉知予本人。	
請務必親自簽名	立書人(即被保險人)/受益人簽名： <u>王小明</u> 申請外幣保單，請填寫中英文姓名
	法定代理人/監護人/輔助人簽名： <u>王大明</u> 受益人為未成年或受監護宣告、輔助宣告者時，請填寫。 倘法定代理人非要保人請另檢附關係證明文件。(如戶口名簿影本等)
	申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

送件人通路		收件單位 受 理 欄
<input type="checkbox"/> 業務員 / 業務員代碼：_____ <input type="checkbox"/> 保經代 銀行代碼：_____ 分行名稱：_____ 分行單位代碼：_____ 登錄證號碼：_____ 聯絡電話：_____ 送件人簽名		
		其他送件管道 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親友 <input type="checkbox"/> 郵寄



\* L D O 3 \*

以下同意書為理賠申請必要文件，每次申請皆須簽署，  
若未提供將通知補件後始可進行理賠作業，感謝您的配合。

美世保險經紀人股份有限公司  
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除本公司「蒐集、處理及利用個人資料告知書」所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

美世保險經紀人股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名： 王小明  
(被保險人(事故人)請務必於此欄簽名)

法 定 代 理 人 簽 名： 王大明  
(若被保險人(事故人)未滿十八歲，法定代理人請務必於此欄簽名)

中 華 民 國                      年                      月                      日