



高中/職以下學生  
暨兒童團險專用

### 學生團體保險金申請書

(\*)=必填欄位

#### 蒐集、處理及利用病歷、醫療及健康檢查等個人資料同意事項

申請人(以下簡稱本人)同意，貴公司得依據個人資料保護法及保險法第177條之1第2項所訂管理辦法所列之目的及範圍內，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。

#### 申請人聲明並同意下列事項：

- 依保險單條款約定提出保險金申請。
- 「保險金領取方式」欄與第二頁之「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」。
- 「受益人」為被保險人之法定代理人或其家長(以被保險人之監護人、法定代理人、實際扶養學生之人或其最近親等家屬【同親等以尊親等親屬優先】依序為受益人)；但若被保險人已成年，則以其法定繼承人受益人，另其醫療保險金或殘廢保險金之受益人得為被保險人本人。
- 為避免遺失冒用，支票一律禁止背書轉讓，金額達貳拾萬元以上並增加平行線註記。
- 因匯款帳戶錯誤、變更、撤銷等原因致無法完成轉帳者，本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。
- 申請死亡保險金且受益人有數人時，限選擇同一領取方式，且均需簽名蓋章或各填一份保險金申請書。
- 申請之理賠項目為「身故保險金」者，為確認該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，立同意書人同意三商美邦人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。
- 依保險契約條款約定，受益人申請各項保險金時，本公司得請求被保險人或受益人提供被保險人病歷調查同意書，其費用由本公司負擔。
- 各項理賠給付所需申請文件請詳見後頁，惟給付項目仍以保險契約條款之約定為準。

#### 保戶基本資料

|                                             |                                                                                                                    |                                                                                                                           |                   |       |         |  |  |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------|---------|--|--|
| (*)<br>被保險人<br>(事故者)<br>資 料                 | 保單號碼                                                                                                               |                                                                                                                           | 學 號               |       | 班 級 科 別 |  |  |
|                                             | 501050066287                                                                                                       |                                                                                                                           |                   |       |         |  |  |
| (*)居住<br>住 所 地 址                            | 姓 名                                                                                                                |                                                                                                                           | 身分證字號             |       | 出生日期    |  |  |
|                                             |                                                                                                                    |                                                                                                                           |                   |       | 年 月 日   |  |  |
| (*)聯絡電話                                     | ( )                                                                                                                | 手機                                                                                                                        | 電子郵件              |       |         |  |  |
| (*)申請種類                                     | <input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病) <input type="checkbox"/> 意外事故(傷害)                                               |                                                                                                                           | (*)申請日期           |       | 年 月 日   |  |  |
| (*)事故原因                                     |                                                                                                                    |                                                                                                                           | (*)事故日期           |       | 年 月 日   |  |  |
| (*)理賠類別                                     | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 生活補助金 |                                                                                                                           |                   |       |         |  |  |
| (*)保險金領<br>取方式<br>(未勾填給付方<br>式，一律以支票支<br>付) | <input type="checkbox"/> 匯款至受益人帳戶(匯款方式請附上存摺影本並加填下方欄位) <input type="checkbox"/> 支票(限受益人)                            |                                                                                                                           |                   |       |         |  |  |
|                                             | 戶名                                                                                                                 | 與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 其他 |                   | 身分證字號 |         |  |  |
|                                             | 金融機構<br>及<br>分行名稱                                                                                                  | (中文名稱)                                                                                                                    | 金融機構<br>及<br>分行代碼 | 帳號    |         |  |  |
|                                             |                                                                                                                    | (中文名稱)                                                                                                                    |                   |       |         |  |  |

(\*)申請人(即被保險人)簽名：\_\_\_\_\_ (\*)受益人簽名：\_\_\_\_\_

被保險人滿7足歲者需親自簽名

(\*)法定代理人/監護人/輔助人簽名：\_\_\_\_\_

被保險人未滿20足歲法定代理人/監護人/輔助人必須簽名

#### (\*)投保學校證明欄

|                   |                |                                     |
|-------------------|----------------|-------------------------------------|
| 投 保 學 校           | 花蓮縣立自強國民中學     | 關防/學保專用章                            |
| 學 校 代 號           | 154522         |                                     |
| 校 址               | 花蓮市裕祥路89號      |                                     |
| 電 話               | 03-8599338轉205 |                                     |
| 校(園、所)長<br>或職務代理人 | 職章             |                                     |
| 經 辦 人 員           | 簽章             | 可以具完整學校名稱字樣之橡皮章代替學校印信<br>(關防或學保專用章) |

本申請書所載被保險人確係本校學生並已參加學生團體保險，特此聲明

#### (\*)服務人員(業務員)基本資料

|       |        |      |     |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------|------|-----|--|--|--|--|--|--|
| 業務員姓名 | 單位代號   | 登錄字號 |     |  |  |  |  |  |  |
| 聯絡電話  | 市話：( ) | 分機   | 手機： |  |  |  |  |  |  |



## 各項理賠給付所需申請文件

| 保險金申請項目<br>檢 附 文 件             | 疾病身故 | 意外身故 | 疾病或意外<br>全殘 | 部分殘廢 | 醫療    | 專案補助<br>重大手術保險金<br>(限免繳保費學生) | 生活補助金 |
|--------------------------------|------|------|-------------|------|-------|------------------------------|-------|
| 學生團體保險金申請書                     | ✓    | ✓    | ✓           | ✓    | ✓     | ✓                            | ✓     |
| 診斷證明書                          |      |      |             |      | ✓     | ✓                            |       |
| 醫療費用收據(註1)                     |      |      |             |      | ✓(註4) | ✓                            |       |
| 殘廢診斷書或身心障礙手冊或其他殘廢鑑定文件          |      |      | ✓           | ✓    |       |                              |       |
| 死亡證明書或屍體相驗證明                   | ✓    | ✓    |             |      |       |                              |       |
| 被保險人除戶戶籍謄本                     | ✓    | ✓    |             |      |       |                              |       |
| 被保險人戶籍謄本或生存證明文件                |      |      |             |      |       |                              | ✓     |
| 受益人戶籍謄本或身分證明(註2)               | ✓    | ✓    |             |      |       |                              |       |
| 意外事故證明文件(註3)                   |      | ✓    | ✓           | ✓    |       |                              |       |
| 學籍資料(或入學資料影本)<br>(請蓋經辦人職章)(註5) | ✓    | ✓    | ✓           | ✓    |       |                              |       |
| 保險費補助之身分證明                     |      |      |             |      |       | ✓                            |       |

註1：請領醫療保險金者，須檢附診斷書及醫療費用收據（若欲以收據副本或影本辦理者，須請原醫療院所加蓋院方關防為證）。

註2：戶籍資料必須能證明受益人與被保險人關係。

註3：申請意外傷害保險金時檢附。

註4：持有重大傷病卡者，須檢附重大傷病卡（或核定通知書）影本。

註5：申請身故及殘廢保險金時，國小以上學生須檢附學籍資料，幼兒園幼童須檢附入學資料。

### 注意事項：

1. 理賠流程：備齊上述文件送至學校承辦人員→投保學校蓋章認證→送交本公司理賠單位→理賠金匯款或開立支票→理賠金收訖簽收聯交學校承辦人員。
2. 申辦各項保險金給付，本公司並無額外收取其他費用，為維護您的權益，切勿聽信不法代辦業者，如有保險金給付或填寫本申請書相關問題，請電洽客戶服務專線：0800-022-258或至本公司網站([www.mli.com.tw](http://www.mli.com.tw))查詢，以免受害。謝謝！

### 蒐集、處理及利用個人資料告知事項

三商美邦人壽保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項(間接蒐集者為個資法第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、本公司以人身保險業務(001)及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)為特定目的之個人資料蒐集、處理及利用。
- 二、本公司蒐集之資料類別代號如：識別 C001~C003；特徵 C011~C013；家庭情形 C021；C023；社會狀況 C031~C033；C035；C037~C038；C040~C041；教育等專業 C051~C052；財務細節 C081~C082；C084；C086；C088~C089；健康 C111，詳細內容請參照法務部公告之「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」。
- 三、台端之個人資料可能由以下方式及人員經本公司間接蒐集：要保人；當事人之法定代理人、輔助人；各醫療院所；與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。
- 四、台端個人資料利用之(一)期間：依本公司因執行業務所必須及相關法令規定應為保存之期間。(二)對象：本(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人(保險事業發展中心、保險安定基金、金融消費評議中心、金融聯合徵信中心、聯合信用卡中心、保險犯罪防制中心)、台灣票據交換所、財金資訊公司、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理機關。(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、台端依據個資法第三條規定，得向書面方式向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本；請求補充或更正；請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除台端經本公司蒐集之個人資料。
- 六、台端若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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。



CL4105