



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:

1. 依保險單條款約定提出保險金申請。
2. 「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」。
3. 「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。
4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 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。
8. 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。
9. 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

(*) 被保險人 (事故者) 資料	保單號碼		學 號		班 級 科 別	
	501050066287					
資 料	姓 名		身分證字號		出生日期	
					年 月 日	
(*)居住 住 所 地 址	□□□-□□					
(*)聯絡電話	()	手機	電子郵件			
(*)申請種類	☒ 非意外事故(疾病) ☐ 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	☐ 死亡 ☐ 殘廢 ☒ 醫療 ☐ 生活補助金					
(*)保險金領 取方式 (未勾填給付方 式, 一律以支票支 付)	☐ 匯款至受益人帳戶(匯款方式請附上存摺影本並勾填下方欄位) ☐ 支票(限受益人)					
	戶名	與被保險人關係: ☐ 本人 ☐ 父母 ☐ 祖父母 ☐ 其他			身分證字號	
	金融機構 及 分行名稱	(中文名稱)	金融機構 及 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	□□□-□□	
電 話	花蓮市裕祥路89號	
校(園、所)長 或職務代理人	03-8579338轉205	
經 辦 人 員	職章 簽章	可以具完整學校名稱字樣之橡皮章代替學校印信 (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:						

