

事故被保險人姓名	班級科系	學號	身分證字號	出生日期
				民國 年 月 日
申請種類	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 生活補助 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大手術 <input type="checkbox"/> 其他：			
理賠申請人通訊地址：□□□				
意外傷害說明	發生時間：____年__月__日__午__時 地點：			理賠申請人與被保險人關係
請詳述事故發生經過情形及全部就醫院所：				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他：

本項理賠保險金，請依下列方式支付：(匯款/支票)

給付對象：受益人 (醫療保險金之受益人為被保險人) 受益人之法定代理人 (身分證字號：\_\_\_\_\_)

(一) 匯款 受款人戶名：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_銀行/郵局\_\_\_\_\_分行/支局 帳號：\_\_\_\_\_

(可附存摺影本；若因帳戶資料有誤或其他因素致未能匯款時，本公司將以支票給付。)

(二) 支票

### 蒐集、處理及利用個人資料告知事項

全球人壽保險股份有限公司 (下稱全球人壽) 依據個人資料保護法規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集目的：執行人身保險業務。  
 二、個人資料類別：病歷、醫療、檢警及本申請書等紀錄之個人資料。  
 三、個人資料利用期間：前開蒐集目的存續期間及依法令規定或契約約定之期間、全球人壽因執行業務所必需之保存期間。  
 四、個人資料利用地區：本國、全球人壽作業委外機構所在地、與全球人壽業務往來機構營業處所在地。  
 五、個人資料利用對象：全球人壽、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險犯罪防制中心、其他業務委外機構、再保險業務往來之公司、財團法人金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關。  
 六、個人資料利用方式：以自動化機器或其他非自動化方式。  
 七、全球人壽保有您的個人資料時，基於個人資料保護法之規定，您得行使下列權利：  
 (一) 查詢、請求閱覽個人資料或請求製給個人資料複製本，全球人壽依法得酌收必要成本費用。  
 (二) 請求補充或更正個人資料，惟依法您應為適當之釋明。  
 (三) 請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除個人資料，惟全球人壽依法令規定或執行業務所必須者，得不依您請求辦理。

全球人壽基於上述原因而需蒐集、處理或利用您的個人資料，若您選擇不提供個人資料或是提供之個人資料不完全，全球人壽將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能遲延或無法提供您完善的人身保險服務，尚請諒察。

### 同意聲明事項

一、因申請保險金給付之需要，本人同意授權全球人壽保險股份有限公司 (下稱全球人壽) 索引、調閱、抄錄或影印與被保險人之病歷、醫療、檢警等紀錄相關的電腦檔案或資料，以為參用。本同意聲明內容影本與原本同屬有效。  
 二、本人同意全球人壽就處理進度、給付明細、拒絕給付或解除保險契約等相關事宜，得知會送件人，以利本人諮詢。

理賠申請暨同意人簽章：\_\_\_\_\_ 法定代理人/監護人/輔助人簽章：\_\_\_\_\_

(非身故件為被保險人，身故件為身故受益人) (理賠申請人為未成年、受監護或輔助宣告者時簽章)

理賠申請人聯絡電話：\_\_\_\_\_ 法定代理人/監護人/輔助人聯絡電話：\_\_\_\_\_

(填寫行動電話將提供理賠結案簡訊服務)

投 保 學 校 證 明 欄	本申請書所載各項經查屬實，特此聲明。	
	投保學校：_____	<input type="checkbox"/> 校印 學校代號：A095K0000Q
	校 長：_____	<input type="checkbox"/> (職章) 電子郵件帳號：a000101@cc.ncue.edu.tw
	經 辦 人：_____	<input type="checkbox"/> (職章) 電話：(04)7232105 分機 5713
學校地址：彰化市進德路 1 號		申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

見證暨送件人 (壽險規劃師)：\_\_\_\_\_ 送件人代碼或身分證號：\_\_\_\_\_

營業處/經代代號：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ E-mail：\_\_\_\_\_

保單號碼： \_\_\_\_\_

## 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，除本公司之「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」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，將於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、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 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料，本公司將可能無法提供 台端相關人身保險業務之申請及辦理。

立同意書人已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。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

全球人壽保險股份有限公司

立同意書人(含主、附約之被保險人)

要 保 人 簽 名

(要保人附約被保險人)

:

\_\_\_\_\_

被 保 險 人 簽 名

:

\_\_\_\_\_

配 偶 簽 名

(眷屬附約被保險人)

:

\_\_\_\_\_

子 女 一 簽 名

(眷屬附約被保險人)

:

\_\_\_\_\_

子 女 二 簽 名

(眷屬附約被保險人)

:

\_\_\_\_\_

法 定 代 理 人 簽 名

:

\_\_\_\_\_

※未滿七歲者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。  
※本保單若要/被保險人不同人且要保人有投保要保人附約(如：豁免保險費附約)或有投保眷屬附約時，要保人及各眷屬亦屬被保險人，皆應簽名同意。

中華民國

年

月

日

