

可影印使用



# 南山人壽保險股份有限公司

受理日期：  
 受理編號：  
 通訊處代碼：  
 業務員代碼：  
 業務員姓名：  
 業務員行動電話：

## 團體保險保險金申請書

要保單位名稱：		保戶編號： 保單號碼：
被保險員工姓名： (成員/業務員)	出生年月日： 聯絡電話：	保險證號碼(或員工編號)： 身分證字號：
地址： (必填)	受僱日期： 計劃別：	E-Mail address：
事故人姓名：	身分證字號： 出生年月日：	與被保險員工關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 (成員/業務員)

此次事故您是否可獲得其他保險金或補償金償付？ 是 (請列保險公司名稱： )  
否

申請項目：住院醫療 住院日額 居家療養 意外醫療 意外日額 手術津貼 \*職業災害  
門診給付 生育給付 癌症醫療 失能補償 身故 殘廢 其他

\*申請職業災害保險給付類別：一、死亡給付 二、傷病給付(醫療期間不能工作之工資補償)。  
三、殘廢給付 1.經治療終止後身體遺存殘廢，並符合勞工保險條例所規定之殘廢定義者。  
2.醫療期間滿兩年仍未能痊癒，並喪失原有工作能力，且不符第1項之規定者。

\*要保單位是否已先行給付應付之保險金？  
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。) 否

曾否因同一傷害/疾病申請理賠？ 是(申請日期： 年 月 日 /就診醫院名稱： ) 否

意外事故內容	發生時間	年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午/ <input type="checkbox"/> 下午	時 分	報案日期
	事故地點	事故時職業及工作內容		
	處理事故單位 (分局/派出所/地檢署)	承辦人員		
	原因及 詳細經過	※如有報案或警方證明文件或報章雜誌等媒體報導，請提供剪報或相關資料。		

給付方式：請勾選(利用金融機構匯款快速又方便，若未選擇或帳戶資料有誤，本公司將開立禁止背書轉讓支票給付)

匯款	<input type="checkbox"/> 匯款至受益人帳戶(若為多位身故受益人時，請附存摺封面影本或另填保險金申請書)	
	<input type="checkbox"/> 匯款至法定代理人帳戶(僅限 20 歲以下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。)	
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> 信用合作社 <input type="checkbox"/> 農會 <input type="checkbox"/> 漁會 <input type="checkbox"/> 分行 <input type="checkbox"/> 支局 <input type="checkbox"/> 辦事處 <input type="checkbox"/> 分社	戶名 帳號(帳號請參照存摺，由左至右填寫)

支票 禁止背書轉讓支票(金額超過新臺幣 20 萬元時加劃平行線)  
取消禁止背書轉讓支票(7 歲以上之受益人倘欲取消禁止背書轉讓，請檢附申請暨委託書及身分證明文件)

※蒐集、處理及利用個人資料同意事項：本人(被保險員工/事故人/受益人/法定代理人/監護人)已知悉背面告知事項，並同意 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、處理及利用之權利。

※茲依保險單條款約定提出保險金申請，並確認及同意「給付方式」欄內容，若貴公司依前開指示，交付支票予受益人或匯入所指定之金融機構帳戶後，貴公司即已履行保險金給付義務。如有誤選、誤寫等因素所致之誤失，均由受益人自行負責，絕無異議。

此致 南山人壽保險股份有限公司

※ 以上所有欄位請務必詳實填寫完整

要保單位簽章

被保險員工(成員/業務員)簽章

事故人/受益人簽章

法定代理人/監護人簽章

## ★申請各項保險金所需檢附文件及注意事項

### 一、蒐集、處理及利用個人資料之告知事項：

南山人壽保險股份有限公司(下稱「本公司」)蒐集被保險人的病歷、醫療等個人資料或其他被保險人或受益人等之個人資料，均為評估理賠義務之履行、辦理再保險或風險評估等執行人身保險業務之用(下稱「蒐集目的」)。

本公司僅會在前開蒐集目的範圍內蒐集您必要的個人資料，並在蒐集目的存續期間及依法令規定要求之期間內處理或利用；您的個人資料除了基於海外急難救助服務、再保險業務及委外業務之執行的需要，會在我國境外被處理及利用外，僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內供本公司及本公司的委外廠商處理及利用；本公司並會將您的個人資料轉送產、壽險公會、保險事業發展中心、保險犯罪防制中心建立電腦連線，以作為其他產、壽險公司受理您投保、理賠或契約服務申請時之審核參考，但各該公司不得僅以前開資料作為審核之依據；在有金融消費爭議案件發生時，本公司必要時也會將您的個人資料提供給財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構於必要範圍內蒐集、處理及利用。

若您不同意本公司蒐集、處理或利用您的個人資料或是提供之個人資料不完全時，基於健全人身保險業務之執行，本公司將可能無法受理或辦理您的理賠申請及提供您完善的人身保險服務。

本公司保有您的個人資料時，除「個人資料保護法」與其他相關法律另有規定外，您可以透過書面(或可撥打客服中心電話 0800-020-060 詢問是否有其他方式)請求查詢或閱覽、補充或更正您的個人資料或對您的個人資料請求製給複製本、或停止蒐集、處理、利用或删除。

### 二、申請各項保險金所需檢附文件：

申請項目	身故			殘廢		重大燒燙傷	失蹤 /意外失蹤	醫療				職業災害			
	一般疾病身故	癌症身故	意外身故	全殘	部份殘廢			門診手術 住院手術 重大手術	住院 /出院療養	骨折津貼	療 瘵 /住院醫 療	死亡給付	殘廢給付	傷病給付(醫療期間 不能工作之工資補償)	
具備文件															
死亡證明書或相驗屍體證明書	✓	✓	✓				✓						✓		
被保險人之除戶戶籍謄本	✓	✓	✓				✓								
受益人身分證明	✓	✓	✓	✓			✓					✓	✓		
診斷證明書/殘廢診斷書				✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓	
收據和費用明細表								✓	✓		✓				
病理組織切片報告/相關檢驗報告		✓													
意外傷害事故證明文件(如X光片)			✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓				
勞工保險給付收據影本												✓	✓	✓	

### 三、注意事項

1. 本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽名/蓋章，有關受益人定義說明如下：

(1)申請醫療、重大疾病或殘廢保險金，受益人為事故人本人。

(2)申請身故保險金，受益人係指保險單所載之身故受益人，身故受益人不只一人時，均須簽名/蓋章或各填寫一份。

※ 受益人為未滿七歲之未成年人，由其法定代理人代為簽名/蓋章及法定代理人簽名/蓋章。

※ 受益人為七~二十歲之限制行為能力者，由受益人及其法定代理人簽名/蓋章。

※ 受益人如為受監護宣告者，由其監護人代為簽名/蓋章，及監護人簽名/蓋章。受益人如為受輔助宣告者，由受益人及輔助人共同簽名/蓋章。

※ 應簽章者為不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替，但須二位見證人同時簽名。

※ 應簽章者為雙手截肢可以蓋章代替，亦須二位見證人同時簽名。

2. 身故件之死亡原因為「解剖鑑定中」者，受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。

3. 申請全殘之被保險人如為精神障礙或心智缺陷致不能為意思表示或受意思表示、不能辨識其意思表示之效果、或上開能力顯有不足者，請附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。

4. 申請團體險之身故/全殘保險金不需檢附保險單。

5. 申請骨折津貼或傷害醫療保險金者可附「X光片」以確定傷害部位或程度。

6. 失蹤：(1)一般失蹤件應附「法院死亡宣告」判決(代替死亡證明)和「受益人同意書」。

(2)意外失蹤件應另附「意外傷害事故證明文件」和登記失蹤之戶籍謄本(代替除戶戶籍謄本)和「受益人同意書」。

7. 申請職業災害給付，如有要保單位已先行給付應付之保險金時，請一併填具職業災害補償金墊付證明暨債權讓與同意書。

### 四、給付方式：

1. 支票：(1) 受益人為抬頭之即期支票(支票為禁止背書轉讓支票，金額超過新臺幣貳拾萬元時加劃平行線)

(2) 七歲以上之受益人倘欲申請取消禁止背書轉讓支票請提出書面申請並檢附身分證明文件。

2. 金融機構匯款：

(1) 倘給付方式選擇匯款之受益人多於一人時，則各受益人須分別填寫本保險金申請書。

(2) 如因不可歸責於本公司之因素致本公司無法匯款時，本公司將於該因素消失後辦理匯款，惟不負延遲責任。

(3) 受益人請附身分證明文件及存摺面頁影本，以協助本公司核對匯款作業及確保其權益。

五、相關保單條款內容，請自南山網站查詢(網址：<http://www.nanshanlife.com.tw> 點選【商品資訊】->【保險商品】->【團體保險商品】)

## 同意查詢暨授權聲明書

茲因向南山人壽保險股份有限公司(下稱南山人壽) 申請保險給付投保團體保險之需要，立同意書人(與事故人關係：本人受益人法定代理人監護人輔助人其他\_\_\_\_\_ )同意並委託南山人壽指派之人員向 貴醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位，索引、查詢(含配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之掛號行為)、調閱、抄錄、影印事故人\_\_\_\_\_ (生日：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日生，身分證統一編號：\_\_\_\_\_ )自事故人投保/加保生效日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日前五年內迄本同意調查聲明書”簽署日”為止之就診且不限科別之相關病歷(病名：\_\_\_\_\_ )、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由南山人壽人員代為填寫，並聲明：

立同意書人同意並委託南山人壽就本同意調查聲明書為影印使用；立同意書人同意本調查聲明書之影本與正本具同等效力且依前述內容辦理。

若因醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位要求提供特定格式同意書，本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。

特立此書存照。

此致 各有關醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位

立 同 意 書 人 簽 章：\_\_\_\_\_身分證統一編號：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人簽章：\_\_\_\_\_身分證統一編號：\_\_\_\_\_

(事故人/身故受益人為未成年人或受監護宣告者或受輔助宣告者，請填寫並請檢附身份證影本或戶口名簿等關係證明文件)

聯 絡 地 址：

聯 絡 電 話：

中 華 民 國：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日