



南山人壽

保險金申請書

條例

快掃QR-code 了解更多健康資訊



基本資料	保單號碼 (填寫一張有效保單號碼代表即可) <input type="checkbox"/> 原朝陽人壽保單 G410001499	與被保險人關係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 (倘有團體險、旅行險、家庭型保單請務必填寫該保單號碼並勾選上列關係)
	本人於此次理賠申請係一併提出於南山人壽符合理賠項目且可理賠的所有保單。	
	被保險人姓名 林○○	身分證統一編號 A12XXXXXX
	出生日期 中華民國 40 年 1 月 1 日	

保險金領取及聯絡方式	領取方式 <input type="checkbox"/> 匯款至受益人帳戶 <input type="checkbox"/> 同最近一次理賠帳戶 <input type="checkbox"/> 保險金信託 (請檢附保險金信託帳戶資料) <input type="checkbox"/> 匯款至法定代理人帳戶 (限未滿二十歲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"/> 禁止背書轉讓支票 <input type="checkbox"/> 未滿七歲無帳戶取消禁止背書轉讓支票(七歲(含)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)
	帳戶資訊 戶名： 若有多位受益人時，請提供存摺封面影本 帳號： 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
	聯絡資訊 (僅適用本次理賠) 縣 鄉鎮 村 路 段 巷 弄 號 樓之 40000-00 台中市中山路317號 聯絡電話： 行動電話： E-MAIL： @

申請項目	事故類別 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 理賠項目 * 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 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"/> 失能 <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"/> 完全失能 5. <input type="checkbox"/> 開立差額給付證明 6. <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 type="checkbox"/> 新事故發生時間：中華民國 年 月 日 上午 時 分 下午 時 分 報案日： 處理單位： 承辦人： 電話： (申請意外理賠時填寫) 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)

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

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) 00一人身保險 (二) 0六九契約、類似契約或其他法律關係事務 (三) 0九0消費者、客戶管理與服務。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次理賠前「例如於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、財團法人保險犯罪防制中心、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：上述對象所在地之地區。(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：您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，因此可能遲延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 貴公司將本次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。

如申請身故/完全失能保險金，因保險單遺失，本人聲明保險單作廢，無須補發。(同意者請勾選，未勾選者視為不同意)

要保單位/保經代簽章
工會蓋章

本人同意上述事項並委任「送件業務員/保險代理人或保險經紀人」(即受任人)全權代為處理理賠申請事宜，並同意 貴公司將理賠申請相關文件/資訊由右列受任人轉知予本人。

請務必親自簽名

受益人(委任人)簽名：
 受益人(為法人)口是否可發行無記名股票 (勾否者，無須填下項)
 受益人(為法人)口是否已發行無記名股票
受益人非中華民國國籍者請註明國籍：
申請日期：中華民國 **X** 年 **X** 月 **X** 日

法定代理人/監護人/輔助人簽名：
有未滿20歲子女 法定代理人簽名
受益人為未成年或受監護宣告者或補助宣告者時，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)

送件者簽名：
(受任人)

收件單位受理欄

送件者通路：
 業務員 保經代

業務員/理專代碼：
聯絡電話：

其他送件方式：
 本人 親友 郵寄 電話通



* L D O 3 *

聲明書/委任書

一、立書人全體係南山人壽保險股份有限公司第_____號保險契約(下稱系爭保險契約)

要保人被保險人滿期/生存還本/生存/繳清生存保險金(下稱系爭保險金)受益人
_____君(身分證字號:_____)之全體繼承人,茲因前揭_____君於民國____年

____月____日身故其他_____,立書人全體檢附關係證明文件暨戶籍謄本____份,並聲明暨保證:(1)本聲明書/委任書及隨本聲明書/委任書所檢附之「繼承系統表」所載內容與事實相符,除所載全體繼承人外,絕無其他繼承人;(2)全體或個別繼承人均未向法院聲請拋棄繼承;(3)倘因前開聲明不實、全體或個別立書人間或其與第三人間就系爭保險契約或系爭保險金發生任何糾紛、或第三人就系爭繼承事件向 貴公司主張受領保險金或相關權利時,立書人全體願共負所有民刑法律責任,與 貴公司無涉,不得再向 貴公司提起任何訴訟上或訴訟外之請求;倘因前開任一事項致 貴公司生有損害,立書人全體並願負連帶賠償責任,特此聲明。

二、立書人全體無條件同意:

推舉由_____君(身分證字號:_____)為保單號碼:_____號保險契約之新要保人,承受該保單之一切權利義務。

推舉由_____君(身分證字號:_____ ,下稱受領人)取得並受領保單號碼:_____號保險契約所產生之 未滿期保費或溢繳保費 保單紅利 滿期/生存還本/生存保險金 子女教育年金/增值回饋保險金/繳清生存保險金

三、履行個人資料保護法告知義務內容:立書人已詳閱 貴公司依個人資料保護法第八條第一項於本聲明書/委任書「第二頁」所載履行個人資料保護法告知義務內容。

此致 南山人壽保險股份有限公司

立書人 (法定繼承人) 親自簽名	身分證 字號	生日	與原要保人/ 被保險人/滿 期/生存還本 /生存受益人 之關係	地址	聯絡電話	法定代理人 親自簽名	非受益人 見證人親自簽名 房-位即阿
<input type="checkbox"/> ①	①	①	夫妻 ①		①	①	1. 王XX ID: D123XXXXXX 身分證字號 2. _____ ID: _____
<input type="checkbox"/> ②	②	②	父子 ②		②	②	
<input type="checkbox"/> ③	③	③	父女 ③		③	③	
立書人 (新要保人) 親自簽名	身分證 字號	生日	與被保險人 之關係	地址	聯絡電話	法定代理人 親自簽名	

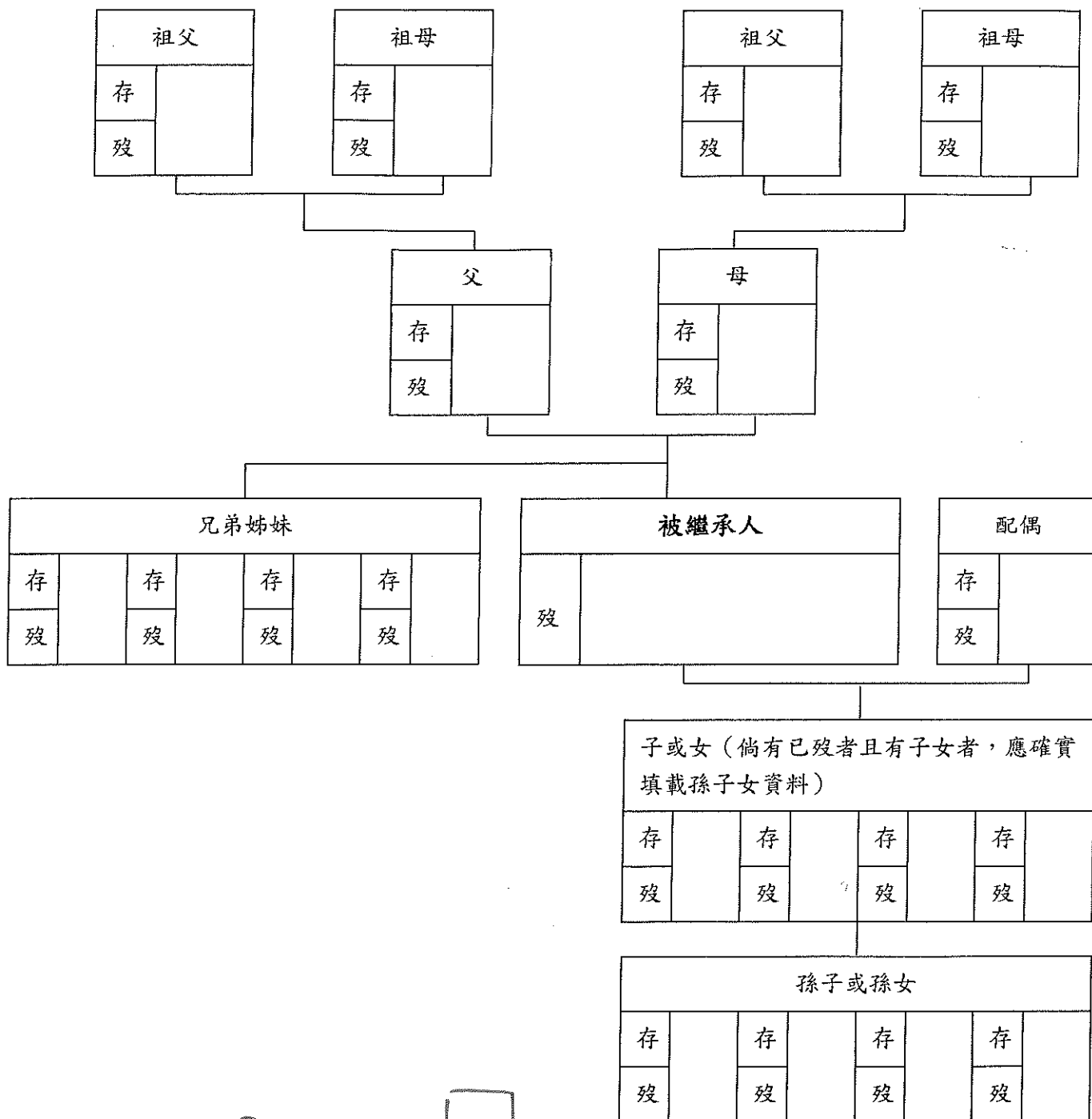
- 註: 一、全體繼承人須填寫第一項聲明;如須推舉保險契約之新要保人或領取滿期/生存還本/生存保險金、未滿期保費...等之人時,除填寫第一項聲明外,尚須填寫第二項聲明。
二、繼承人未滿七足歲者或無行為能力人,由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名;七歲(含)以上未滿二十足歲者,由本人及法定代理人簽名。
三、本聲明/委任書須有一位見證人(不可為保單利害關係人)簽名見證,並於簽名處加註身分證字號及檢附身分證影本。
四、應簽名者為不識字、手部重傷或雙目失明者,可以手印代替;應簽名者為雙手截肢可以蓋章代替。本項述情形須有二位見證人(不可為保單利害關係人)簽名見證,並請於簽名處加註身分證字號及檢附身分證影本。
五、請注意:全體繼承人指定保單之新要保人者,新要保人對於保險契約需具備保險利益。繼承人中如有已向法院辦理拋棄繼承並經法院准予備查者,依法即無繼承要保人或滿期/生存還本/生存保險金受益人遺產之權利。請於繼承系統表中註明,並檢附法院准予備查之文件供本公司參考。

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日



LE11

【繼承系統表】



① _____

② _____

③ _____

新要保人/受領人簽名：_____

法定代理人簽名：_____

有未滿20歲子女
代理人要簽名

註：新要保人/受領人未滿七足歲者或無行為能力人，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。



LE11

金豐保險經紀人股份有限公司
蒐集、處理及利用個人資料告知書

20160315 版

金豐保險經紀人股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第 8 條第 1 項及第 9 條第 1 項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (一)保險經紀 (二)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:

詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源

- (一)要保人/被保險人 (二)司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
(三)當事人之法定代理人、輔助人 (四)各醫療院所
(五)於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、地區、對象、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(分)公司、產、壽險公司、財困法人金融消費評議中心、業務委外機構、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、台端同意授權本公司與本公司所屬人員可以持有、使用台端個人資料之權利。

六、台端並可依個資法第 3 條之規定向本公司申請下列權力與方式:

- (一)得向本公司行使之權利:
1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
2. 向本公司請求補充或更正。
3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
(二)行使權利之方式:以書面或其他日後可供證明之方式。

七、台端不提供個人資料所致權益之影響:

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,因此將婉謝、延遲或無法提供台端相關服務(視業務性質記載)。

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,除上述說明書所列告知事項外,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、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

金豐保險經紀人股份有限公司

要保人簽名: _____

被保人簽名 ① ② ③

(若有投保要保人豁免保費附約或配偶/子女附約者,要保人或配偶/子女亦為被保險人,請一併簽署同意)

法定代理人簽名: 有年滿 20 歲子女時 與被保人關係:)

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日