

項目 1. 醫療 2. 重大疾病 第一次罹患癌症 生命末期提前給付 3. 殘廢 重大燒燙傷 長期照顧 豁免保費
 4. 身故 全殘廢 5. 差額給付證明 其他 _____

基本資料	保單號碼	(僅填寫一張有效保單號碼代表即可)	(若有家庭型保單請務必填寫並勾選右列關係)	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	
	被保險人姓名				
	出生日期	中華民國	年	月	日
	身分證統一編號				
	團體保險	要保單位名稱 (保戶編號)			
		保險證號碼			
		員工/成員姓名 (請勾選上方關係)			

事故種類 疾病 意外

與前次事故相同 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：

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)

同最近一次理賠帳戶 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) 保險金信託 (請檢附保險金信託帳戶資料)

戶名： 若有數位受益人時，請附存摺封面影本或另填申請書 郵局 銀行 合作社 農漁會 分行 分社 辦事處

通匯代碼 (銀行代號) - 帳號 (分行代號) 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

支票 禁止背書轉讓支票(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(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)

聲明 如申請身故/全殘廢保險金，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)

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。

聯絡資訊 (僅適用本次理賠)

縣 鄉鎮 村 路 段 巷 弄 號 樓之
 - 市 區市 里 街

聯絡電話： 行動電話： E-MAIL： @

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) 0 0 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、依據個資法第三條規定，您就本公司保有您之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：若您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	受任人(委任人)簽名： 申請外幣保單，請填寫中英文姓名	送件者簽名： (受任人)	收件單位受理欄
	法定代理人/監護人/輔助人簽名： 受益人為未成年或受監護宣告者或受補助宣告者時，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)	送件者服務通路： <input type="checkbox"/> 業務員 <input type="checkbox"/> 保經代	
	申請日期：中華民國 年 月 日	業務員/理專代碼：	
		聯絡電話/行動電話：	其他送件方式： <input type="checkbox"/> 電話通 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親友 <input type="checkbox"/> 郵寄



