

事故被保險人姓名 <small>Informational of the Policy Holder</small>	班級科系 <small>Academic Dept. & Year</small>	學號 <small>Student ID</small>	身分證字號 ID Number	出生日期 <small>Date of Birth (YYYYMMDD)</small> 民國 年 月 日
申請種類 <small>Type of Application</small>	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病(傷病) <input type="checkbox"/> 生活補助 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大手術 <input type="checkbox"/> 其他： <small>Death Disability Critical Illness Living Allowance Medical Surgery Others</small>			
理賠申請人通訊地址： <small>Address</small> 縣/市 鄉/鎮/區/市 路/段 弄 號 樓				
意外傷害說明 <small>Accident Description</small>	發生時間：____年__月__日__時__分 地點： <small>Accident Time (YYYY MM DD Time)</small>		請詳述事故發生經過情形及全部就醫院所： <small>Please provide detailed information about the accident and all medical institutions visited</small>	
			投保申請人與被保險人關係 <small>The Beneficiary's Relationship to the Insured</small> <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 The insurance compensation for this claim shall be paid as follows: Bank Transfer / Check

給付對象： <input type="checkbox"/> 受益人 (醫療保險金之受益人為被保險人) <small>Payment Recipient Beneficiary</small> 匯款帳戶受益人戶名： <small>Beneficiary's Account Name</small>	<input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人 (身分證字號： <small>Legal Representative of the Beneficiary (ID Number)</small>
銀行／郵局 分行／支局 帳號： <small>Bank Branch Account Number</small> (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。)	

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

全球人壽保險公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集目的：人身保險、其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。二、個人資料類別：(一)姓名 (二)身分證統一編號 (三)地址 (四)病歷、醫療、健康檢查 (五)其他因本契約業務需要之業務申請書或契約書內容。三、個人資料之來源：(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用) (一)要保人 (二)當事人之法定代理人、輔助人 (三)各醫療院所 (四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或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：本公司、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險犯罪防制中心、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 (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，台端就本公司保有 台端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.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：以書面方式行使上述權利(查詢 台端個人資料可另以本公司服務電話及網際網路方式)。六、台端不提供個人資料所致權益之影響 (個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：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，因此可能延遲或無法提供 台端相關服務或給付。

同意聲明事項

一、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。
二、若申請項目為身故保險金時，為確認本次理賠申請所檢附檢驗屍體證明書 (或死亡證明書) 內容之正確性，本人同意全球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。

病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意貴公司基於人身保險業務需要，得依據個人資料保護法及保險法第177條之1第2項管理辦法所規定之範圍內 (包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

理賠申請暨同意人簽章： <small>Claim Applicant Signature</small> (非身故件為被保險人，身故件為身故受益人)	法定代理人／監護人／輔助人 <small>Legal Representative / Guardians</small> (理賠申請人為未成年、受監護或輔助宣告者請簽章並填寫以下資料)
理賠申請人聯絡電話： <small>Claim Applicant Phone Number</small> (填寫行動電話將提供理賠結案簡訊服務)	簽章： <small>Signature</small> 身分證字號： <small>ID Number</small> 生日： <small>Date of Birth</small>

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：國立臺灣大學	校印 學校代號：KGI- 91810
	校 長：	(職章) 電子郵件帳號：
	經 辦 人：	(職章) 電話：02-3366-2048 分機
學校地址：台北市大安區羅斯福路四段 1 號 申請日期：中華民國 年 月 日		

見證暨送件人 (壽險規劃師)： 規劃師登錄證號/執業證號：
營業處／經代代號： 聯絡電話： E-mail

同意查詢暨授權聲明書

茲因向 全球人壽保險股份有限公司 (下稱全球人壽)申請理賠保險給付之需要，

立授權書人(與被保險人關係：非身故件 ☐本人/身故件 ☐配偶☐子女☐父母☐法定繼承人)同意並委託全球人壽指派之人員或委託專業機構向貴醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司、諮詢醫師或相關單位，查詢、諮詢、索引(包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作、或配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為)、問診、調閱、抄錄、影印被保險人_____

(生日：____年____月____日，身分證號碼_____)自契約生效日：____年____月____日

Date of birth YYYY MM DD

ID Number

Date of Policy YYYY MM DD

前五年起，至「本同意查詢暨授權聲明書簽章日」為止之就診且不限科別之相關就診病歷、或就診病名：_____及依據中央健康保險署提供之歷次就診記錄查

Name of illness

詢之就醫詳情、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，立授權書人同意委由全球人壽人員代為填寫，並聲明：「立授權書人同意並委託全球人壽就本同意查詢暨授權聲明書為影印使用，且本同意查詢暨授權聲明書之影本與正本具同等效力。」 特立此書存照

此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司、諮詢醫師或相關單位

立授權書人簽章：_____身分證號碼：_____

Principal's Signature

ID Number

Legal Representative / Guardians

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____身分證號碼：_____

ID Number

(立授權書人，若為未成年人或受監護宣告/輔助宣告者，請法定代理人/監護人/輔助人一併簽章，並請檢附身分證影本，以及戶口名簿、戶籍謄本、法院裁定等關係證明文件)

If principal under age, please provide legal representative / guardians signature with photocopy of ID

聯絡地址：

Address

聯絡電話：

Phone Number

中 華 民 國 年 月 日

註 1:「同意查詢暨授權聲明書」為查詢醫療院所及相關單位所需，請於申請理賠時簽名及蓋章，若經評估本案需要查證而您未簽章同意，將會影響本次理賠辦理的進度。

註 2:部分醫療院所，要求使用該院之特定制式表格，如需您再行補立同意書，將有專人通知您協助。

註 3:身故案件，立授權書人須為被保險人之法定繼承人，並請檢附立授權書人之身分證影本，及與被保險人間具有利害關係證明之戶籍謄本/戶口名簿影本。