



學生團體保險金申請書

※為配合電腦作業，敬請使用黑色原子筆或鋼珠筆填寫本申請書※

受理號碼：□□□□□□□□□□

敬請於事故日起十日內提出申請並於一個月內惠予補足相關文件，申請各項保險金應檢附文件及注意事項，敬請詳閱背面說明。

保單號碼 (學校代號)		通訊處：		助理：		理賠員：	
學號				日期章：		日期章：	
事 故 人	姓名	業務員姓名					
	身分證字號	業務員代號		□□□□□□□□		□□□□□□□□	
	出生日期	年	月	日	行動電話		
理賠型態：1 <input type="checkbox"/> 死亡 2 <input type="checkbox"/> 全殘 3 <input type="checkbox"/> 重大疾病 4 <input type="checkbox"/> 殘廢 5 <input type="checkbox"/> 醫療 其他：1 <input type="checkbox"/> 收據差額給付證明							
學制		系科		年		班	
<input type="checkbox"/> 日校		<input type="checkbox"/> 夜/補校					
<input type="checkbox"/> 特教		<input type="checkbox"/> 其他					
事 故 原 因	1 <input type="checkbox"/> 意外 2 <input type="checkbox"/> 疾病(申請「意外」，請務必詳填事故時間、地點、經過等資料)			投保學校證明欄			
	事故時間：□□□□年□□月□□日□□時			本申請書所載被保險人係本校學生，且已參加學生團體保險特此聲明。受益人確實依條款約定為本人或被保險人學籍所載之法定代理人或家長，特此聲明。			
	經過詳情：			投保學校：_____			
	事故地點： <input type="checkbox"/> 校內 <input type="checkbox"/> 校外			電話：_____			
員警姓名：			校址：_____				
聯絡電話：			校長：_____ 職章				
處理警察單位：			(或職務代理人)				
			經辦人：_____ 簽章				
1 <input type="checkbox"/> 醫療保險金之受益人為未滿20歲之未成年人，請將受款人改為學籍資料所載之法定代理人或家長。(本項於身故件不適用)							
2 <input type="checkbox"/> 支票◎為避免遺失冒用，支票一律禁止背書轉讓，金額達貳拾萬元以上並增加平行線註記。 ◎支票金額達貳拾萬元以上者，業務同仁欲申請轉送支票者，請務必檢附「支票代轉委託書」，若未檢附，公司將直接寄予受款人。							
給 付 方 式	3 匯款 <input type="checkbox"/> 3.1 同「事故人」 <input type="checkbox"/> 3.2 同「立同意書人」						
	(擇一) <input type="checkbox"/> 3.3 匯款帳戶(受款人)：_____ 身分證字號：□□□□□□□□						
	金融機構及分行名稱		金融機構及分行代碼		帳號(郵局帳戶請依局號、檢號、帳號、檢號之順序)		
立同意書人聲明： 1. 未指定保險金給付方式或指定匯款之金融機構未接受銀行電匯業務或因其他原因無法匯款時，本公司將改以開立即期支票之方式辦理。(指定匯入信託專戶者，若匯款不成功將再次確認後匯款) 2. 因資料錯誤致成損失，或涉及受益求償之法律問題，則由本人負責，與貴公司無涉。							

授權同意查詢聲明書

立同意書人因向三商美邦人壽保險公司申請被保險人(即事故人) _____ (____年____月____日 生，身分證字號 _____) 保險金之需要，以保險契約受益人(本人/法定代理人)之身分，同意貴醫療院所、健保局、地檢署、警局、消防機關、保險公司等機構將本人曾接受過診療之完整病歷、電腦資料或事故相關之筆錄、報告等資料提供予三商美邦人壽保險公司指派之人員調閱、抄錄、影印作為參證之用，本聲明書授權由三商美邦人壽保險公司影印後使用，效力與正本相同，立同意書人同意，三商美邦人壽保險股份有限公司於合理使用、利用、蒐集及相關電腦處理行為上，毋庸對任何糾紛負責，恐口說無憑，特立此書為證。此致 各相關醫療院所、健保局、地檢署、警局、消防機關、保險公司等機構

※茲依保險單條款約定提出保險金申請，並同意「給付方式」欄及「授權同意查詢聲明書」欄內容。此致 三商美邦人壽保險股份有限公司

立同意書人：_____ 法定代理人：_____
(申請人/受益人) (若被保險人未成年係為學籍資料所載之法定代理人或家長)
身分證字號：□□□□□□□□ 身分證字號：□□□□□□□□

聯絡地址：□□□□-□□□□ 市/縣 _____ 鄉/鎮/市/區 _____

連絡電話/手機：_____ / _____ 中華民國 年 月 日



★★申請保險金應檢附文件（摘要如下，詳請參閱保單條款規定）

保險金申請項目	疾病或傷害住院	傷害門診	骨折未住院	疾病身故	意外身故	疾病或意外全殘	部分殘廢	重大燒燙傷	重大疾病	癌症死亡\全殘	初次罹癌\醫療	癌症醫療補償	專案補助(限免繳保費學生)	殘廢生活補助金	醫藥及X光檢驗	校園集體食物中毒
檢附文件																
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
診斷證明書	✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓			
醫療費用正本收據和明細表	✓	✓											✓			
社會保險診療證明文件（註1）	✓	✓														
X光片			✓												✓	
殘廢診斷書						✓	✓									
死亡證明書或屍體相驗證明				✓	✓					✓						
被保險人除戶戶籍謄本				✓	✓					✓						
被保險人戶籍謄本或生存證明文件												✓		✓		
受益人戶籍謄本或身分證明				✓	✓					✓						
意外事故證明文件（註2）	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓								✓
病理切片或相關檢驗報告（註3）									✓	✓	✓	✓			✓	

註1：以社保型身分投保相關醫療險種者，請檢附社會保險診療證明文件，若相關診斷書或醫療單據中可確認以社保身分就診者可免檢附。

註2：申請意外傷害保險金或校園集體食物中毒保險金時檢附。

註3：首次申請癌症或重大疾病保險金時檢附。

申請注意事項：

1. 本申請書需詳填各項欄位並簽名蓋章，身故受益人不止一人時，均需參加簽名蓋章或各填一份，如為未成年者，須再由法定代理人簽名蓋章，本理賠申請須待保單條款規定之相關文件齊全後再予核辦。
2. 「授權同意查詢聲明書」為醫院及相關單位查詢所需，為加速理賠作業，請填寫被保險人(即事故人)相關資料，並由被保險人(死亡件為身故受益人)簽名蓋章，倘被保險人(或身故受益人)係未成年者，則須再由法定代理人簽名蓋章及檢附關係證明(戶口名簿影本)。
3. 受益人倘因精神障礙或其他心智缺陷，致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者，請檢附監護宣告裁定書併由監護人提出申請。
4. 申請於國外發生之保險事故時，請檢附護照影本及相關就診之完整病歷影本，且各項文件須經駐外館處認證，以加速理賠處理時效。
5. 身故件之死亡原因為「解剖中」或未詳者，受益人須補「解剖鑑定結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
6. 特殊案件若因審核之必要而須提供其他資料時，將由承辦人員另行通知，屆時敬請儘速補件以加速理賠處理時效。
7. 若您在填寫本申請書有任何疑問，請電洽客戶服務專線：0800-022-258，本公司竭誠為您服務。謝謝！