



保單號碼 <input type="checkbox"/> 原朝陽人壽保單	(填寫一張有效保單號碼代表即可)	與主被保險人/ 員工關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 (尚有團體險、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)	團體 保險	要保單位名稱:
本次係一併向南山人壽申請符合本申請書理賠項目之所有保單，前述保單如有團體保險則需填寫右項團體保險欄位。 <input type="checkbox"/> 本人 不同意 於本次理賠一併申請團體保險。(* 如勾選本欄位則無需填寫右項團體保險欄位。 * 如未勾選本欄位，則視為於本次理 賠一併申請團體保險。)					員工/成員姓名
被保險人姓名	身分證統一編號	出生日期	聯絡電話		

聯絡地址：□□□-□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓

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)				
	戶名：	若有多位受益人時， 請提供存摺封面影本	<input type="checkbox"/> 郵局	<input type="checkbox"/> 銀行/合作社/農會	銀行 合作社 農漁會
	通匯 代碼	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		
	<input type="checkbox"/> 外幣帳戶(僅供外幣保單使用) (上方帳戶是外幣帳戶時，請另提供帳戶之英文姓名，以利匯款)，英文姓名： <input type="checkbox"/> 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)				

通 知 書	保險金給付通知書請以下列方式擇一送達，同時勾選多項時則以編號小的方式送達，若簡訊、E-MAIL 失敗時或未勾選，即以聯絡地址郵寄紙本				
	1. <input type="checkbox"/> 以行動電話簡訊通知(含受理簡訊)於南山行動智慧網 App 查閱： <input type="checkbox"/> 同上聯絡電話 另填寫行動電話： 2. <input type="checkbox"/> E-MAIL： <input type="checkbox"/> 郵寄「書面紙本」至本申請書內您所填的「聯絡地址」				

事故類別	<input type="checkbox"/> 疾病	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"/> 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/部分失能 5. <input type="checkbox"/> 差額給付證明 <input type="checkbox"/> 其他		
	<input type="checkbox"/> 意外		* 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 (申請意外理賠時填寫)	<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：	
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 (四) 一八一 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：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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、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，因此可能延遲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

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) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 可發行無記名股票 (勾否者，無須填下題) 受益人(為法人) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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 申請外幣保單，請填寫中英文姓名
	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、輔助宣 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)
	申請日期：中華民國 年 月 日

送件者通路	收件單位
<input type="checkbox"/> 業務員/業務員代碼：	受理欄
<input type="checkbox"/> 保經代 銀行代碼： 分行名稱： 分行單位代碼： 登錄證號碼：	
聯絡電話：	其他送件管道
送件者/受任人簽名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親友 <input type="checkbox"/> 郵寄



