

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：104 台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000120
聯絡人及電話：洪嘉珍 (02)25000133#231
電子郵件信箱：jean2002@cda.org.tw

| | |
|------|-----------|
| 收文日期 | 108.10.-9 |
| 編 號 | 2209 |

受文者：詳如正本

發文日期：中華民國 108 年 10 月 4 日

發文字號：牙全源字第 0642 號

密等及解密條件或保密期限：

附件：團體保險加保約定書(健康告知書)、保險金申請書及填寫範例

主旨：公告本會 108 年 9 月 1 日起，全體會員團體保險事宜，詳如說明段，敬請查照惠辦。

說明：

一、108 年度全體會員團體保險，經公開招標由南山人壽決標，自 108 年 9 月 1 日零時起一年(壽險 10 萬/意外 10 萬-保單號碼 GU00008661，75~99 歲僅能承保意外險 20 萬-保單號碼 GU00008918)，首次全體加保不需健告書，中途加保健告年齡 55 歲。此期間加退保或理賠相關事項請洽詢本會福基承辦人 02-2500-0133#231 洪小姐或陳盈潔小姐 02-2562-6998#815。

二、檢附南山人壽團險相關表單文件，亦可逕上南山人壽官網下載，並公告於本會網站 <http://www.cda.org.tw>，敬請周知會員。

正本：各縣市牙醫師公會



理事長 王棟源

本案依照分層負責規定
授權福利基金管理委員會執行長決行



請加入牙醫全聯會LINE@

4.*過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？

(1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症
 (2)食道、胃潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎
 (3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸
 (4)慢性支氣管炎、肺膿瘍、肺栓塞
 (5)乳漏症、陰道異常出血(女性被保險人回答)
 (6)十二指腸潰瘍或出血、氣喘、痛風、高血脂症、青光眼、白內障、(以下請由女性被保險人回答)乳腺炎、子宮內膜異位症

5.女性被保險人回答：是否已確知懷孕？如是，已經幾週？

6.過去五年內是否曾因受傷或生病*住院治療七日以上？

7.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。

綜合上述每一項問題中，如有告知為「是」，請註明被保險人姓名、問題號碼、詳述原因或疾病名稱、症狀、大約治療時間、地點及結果。健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。

被保險人注意事項：「被保險人告知事項」應由被保險人親自填寫並誠實告知，如有違反告知義務之情事，足以影響本公司對於危險的估計者，本公司得依保險法第六十四條之規定，解除被保險人資格，其保險事故發生後亦同。

要保人與被保險人向南山人壽保險公司聲明同意下列事項：

1.本人(被保險人)同意貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。

2.本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本要保書上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。

3.本人(被保險人、要保人)同意貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

4.實支實付型傷害醫療保險適用：本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保南山人壽二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知南山人壽有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而南山人壽仍承保者，南山人壽對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知南山人壽者，同意南山人壽對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。

5.實支實付型醫療保險適用：本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保南山人壽二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知南山人壽有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而南山人壽仍承保者，南山人壽對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知南山人壽者，同意南山人壽對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任，但南山人壽應以「日額」方式給付。

◎本人(被保險人)於填寫本加保約定書時，已審閱 貴公司所提供之「團體保險履行個人資料保護法告知義務內容」。

※針對以上填寫內容，本人(被保險人)已充分了解並確認內容正確後親自簽名。

【本加保約定書如有塗改，請於塗改處簽名】

| | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保險人 同意暨簽名 | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|

法定代理人簽名：_____ 申請日期：_____年_____月_____日

(未滿七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)以上未滿二十歲者，由本人及法定代理人簽名。)

◆本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。◆投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。◆保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。◆本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站(<http://www.nanshanlife.com.tw/>)查閱，或電洽 0800-020-060 詢問，或至本公司各分支機構洽詢索取。總公司：台北市信義區莊敬路 168 號。

| | |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 本欄僅供核保人員使用 | 南山人壽使用欄 |
| 核保人員：_____ 日期：_____ | <input type="checkbox"/> 標準體承保 <input type="checkbox"/> 加費件(次標準體) <input type="checkbox"/> 拒保 <input type="checkbox"/> 延期 <input type="checkbox"/> 退保 |



4.*過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？

- (1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症
- (2)食道、胃潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎
- (3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸
- (4)慢性支氣管炎、肺膿瘍、肺栓塞
- (5)乳漏症、陰道異常出血(女性被保險人回答)
- (6)十二指腸潰瘍或出血、氣喘、痛風、高血脂症、青光眼、白內障、(以下請由女性被保險人回答)乳腺炎、子宮內膜異位症

5.女性被保險人回答：是否已確知懷孕？如是，已經幾週？

6.過去五年內是否曾因受傷或生病*住院治療七日以上？

7.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。

綜合上述每一項問題中，如有告知為“是”，請註明被保險人姓名、問題號碼、詳述原因或疾病名稱、症狀、大約治療時間、地點及結果。健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。

上述告知事項中，倘有勾選“是”者，請於此進一步填寫相關詢問事項。

被保險人注意事項：「被保險人告知事項」應由被保險人親自填寫並誠實告知，如有違反告知義務之情事，足以影響本公司對於危險的估計者，本公司得依保險法第六十四條之規定，解除被保險人資格，其保險事故發生後亦同。

要保人與被保險人向南山人壽保險公司聲明同意下列事項：

- 1.本人(被保險人)同意貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 2.本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本要保書上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 3.本人(被保險人、要保人)同意貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
- 4.實支實付型傷害醫療保險適用：本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保南山人壽二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知南山人壽有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而南山人壽仍承保者，南山人壽對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知南山人壽者，同意南山人壽對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。
- 5.實支實付型醫療保險適用：本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保南山人壽二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知南山人壽有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而南山人壽仍承保者，南山人壽對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知南山人壽者，同意南山人壽對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任，但南山人壽應以「日額」方式給付。

◎本人(被保險人)於填寫本加保約定書時，已審閱 貴公司所提供之「團體保險履行個人資料保護法告知義務內容」。

※針對以上填寫內容，本人(被保險人)已充分了解並確認內容正確後親自簽名。

【本加保約定書如有塗改，請於塗改處簽名】

| | | | | |
|---------------|-----|-----|----|-----------------------------------------------------------|
| 被保險人 同意暨簽名 | 林男生 | 吳女生 | 林兒 | 請注意：(每個簽名欄位都要個別簽署喔!!) 未滿七歲者或無行為能力人藉由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名。 |
|---------------|-----|-----|----|-----------------------------------------------------------|

法定代理人簽名： 林男生 申請日期：_____年_____月_____日

(未滿七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)以上未滿二十歲者，由本人及法定代理人簽名。)

◆本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，應由本公司及保險契約各分支機構，歡迎至本公司洽詢索取。總公司：台北中區敦化南路一段100號

※以上填寫之處若有塗改，請該被保險人務必於塗改處旁簽名。謝謝！

| | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 本欄僅供核保人員使用 | 南山人壽使用欄 |
| 核保人員：_____ | <input type="checkbox"/> 標準體承保 <input type="checkbox"/> 加費件(改標準體) <input type="checkbox"/> 拒保 <input type="checkbox"/> 延期 <input type="checkbox"/> 退件 |
| 日期：_____ | |





快掃QR-code，安裝南山行動智慧網，掌握更多訊息。

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|
| 保單號碼 <input type="checkbox"/> 原朝團人壽保單 (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 (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) | | 要保單位名稱: 員工/成員姓名 | |
| 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；惟因本人之其他因素暫不提出保單之申請。 | | | | | |
| 被保險人姓名 | | 身分證統一編號 | | 出生日期 | |
| | | | | 中華民國 年 月 日 | |
| | | | | 聯絡電話 | |

| | | | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|------------------------|
| 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/農會 分行/分社/辦事處 |
| 通匯代碼 | (銀行代號) | (分行代號) | 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"/> 禁止背書轉讓加劃平行線支票 | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 給付通知書 | 保險金給付通知書請以下列編號方式擇一送達，勾選多項時則以編號小的方式送達，若簡訊或 E-MAIL 失敗時，即改以紙本寄發 | | | | |
| | 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： @ | | | | |
| 3. <input type="checkbox"/> 紙本郵寄：□□□-□□ □□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里路街 段 巷 弄 號 樓之 | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 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"/> 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 | | |
| | <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) | | | | |

書面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-人身保險 (二) 0六九契約、類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、驗遺、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、財團法人金融消費者評議中心或其他受委託專業機構、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：若您未能提供相關個人資料，本公司將可能延誤或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能延誤或無法提供您相關服務或給付。

前件、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關屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料進行比對，以確認內容之正確性。

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。 | | 送件者通路 <input type="checkbox"/> 業務員/業務員代碼： <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： 送件者/受任人簽名 | 收件單位 受理欄 其他送件管道 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親友 <input type="checkbox"/> 郵寄 |
| | 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 已發行無記名股票 (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者或補助宣告者時，請填滿。 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 | | |



* L 0 0 3 *

★申請各項保險金所需檢附文件及注意事項

一、申請各項保險金所需檢附文件一覽表

| 申請項目 | 身故 | | 失能 | | 長期照顧/失能/完全失能生活扶助 | 生活保險金 | 重大疾病 | | 豁免保費 | | | | 醫療 | | | | 職業災害 | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------|--------|------|------|------|------------------|-------|------------|-------------|----------|-------------|------|------|------|---------|-----------------------|-------|------|----------------|------------|-----------|-----------|--------------|---------|------|------|--------------------|
| | 一般疾病身故 | 癌症身故 | 意外身故 | 完全失能 | | | 部分失能/重大燒燙傷 | 重大疾病/首次罹患癌症 | 生命末期提前給付 | 罹患癌症生活補助保險金 | 被保險人 | 疾病身故 | 意外身故 | 第一至三級失能 | 第一至六級失能 95.10.01 以後投保 | 重大燒燙傷 | 重大疾病 | 傷害醫療/住院醫療/癌症醫療 | 手術醫療/出院療養/ | 創傷縫合處置保險金 | 緊急醫療運送保險金 | 骨折津貼(OB/DLH) | 失蹤/意外失蹤 | 死亡給付 | 失能給付 | 傷殘給付(喪葬期間不準作之喪葬津貼) |
| 保險金申請書 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 死亡證明書 | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | |
| 相驗屍體證明書 | | | | ✓ | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保險人之除戶戶籍謄本 | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | |
| 受益人身分證明 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 外幣存款帳號之證明文件(外幣保單適用) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 診斷證明書/失能診斷書 | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 收據和費用明細表 | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| 病理組織切片報告/相關檢驗報告 | | ✓ | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 意外傷害事故證明文件(如 X 光片) | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| 救護車緊急醫療運送之證明文件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | |
| 被保險人之生存證明文件 | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勞工保險給付收據影本 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 巴氏量表(Barthel Index)或臨床失智評分量表(CDR)或簡易智能測驗(MMSE)或其他專業評量表 | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

二、注意事項

- 本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽名，有關受益人定義說明如下：
 - 申請醫療、重大疾病或失能保險金，受益人為事故人本人。
 - 申請身故保險金，受益人像指保險單所載之身故受益人，身故受益人不只一人時，均須簽名或各填寫一份。
 - ※受益人為未滿七歲之未成年人，由其法定代理人代為簽名及法定代理人簽名。
 - ※受益人為七歲(含)以上未滿二十歲之限制行為能力者，由受益人及其法定代理人簽名。
 - ※受益人如為受監護宣告者，由其監護人代為簽名，及監護人簽名。受益人如為受輔助宣告者，由受益人及輔助人共同簽名。
 - ※應簽名者為不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替，但須二位見證人同時簽名。
 - ※應簽名者為雙手截肢可以蓋章代替，亦須二位見證人同時簽名。
- 身故之死亡原因為「解剖鑑定中」者，受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 申請完全失能之被保險人如為精神障礙或心智缺陷致不能為意思表示或受意思表示、不能辨識其意思表示之效果、或上開能力顯有不足者，請附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。
- 申請子女或配偶或團體險之身故/完全失能保險金不需檢附保險單。
- 豁免保費：(1)被保險人發生豁免保費事故，由被保險人提出申請，除上表所列須檢附文件外，倘因重大疾病(含癌症)申請者須另附病理組織切片報告/相關檢驗報告。
 (2)要保人投保「南山人壽要保人豁免保險費附約」、「南山人壽要保人豁免保險費批註條款」(WPP)及「南山人壽愛家保要保人豁免保險費附約」(WOP)，要保人發生豁免保費事故時：
 - 要保人身故：由該保單主契約被保險人檢具要保人身故之相關文件(含除戶戶籍謄本)提出申請，受益人身分證明為主契約被保險人的身分證明。
 - 要保人罹患重大疾病或致成第一至三級失能：由要保人依上表所列檢具相關文件提出申請，受益人身分證明為要保人的身分證明。
 - 95年10月1日以後購買之保單，要保人罹患重大疾病或致成第一至六級失能、重大燒燙傷：由要保人依上表所列檢具相關文件提出申請，受益人身分證明為要保人的身分證明。
- 申請骨折津貼或傷害醫療保險金者，可附「X光片」以確定傷害部位或程度。
- 請求「南山人壽安祥健康保險附約」(FH)之返國住院保險金者，另具護照影本或機票影本或足以證明之文件亦可。
- 失蹤：(1)一般失蹤件應附「法院死亡宣告」判決(代替死亡證明)和「受益人同意書」。
 (2)意外失蹤件應另附「意外傷害事故證明文件」和登記失蹤之戶籍謄本(代替除戶戶籍謄本)和「受益人同意書」。
- 受益人每領取「罹患癌症生活補助保險金」達十二個月者，於本公司給付下一個月「罹患癌症生活補助保險金」前，應檢送可資證明被保險人生存之文件。(如：三十天之內之戶籍謄本或診斷證明書)
- 依南山人壽附約延續附加條款約定：因主契約累計給付之各項保險金總額已達給付上限而終止，或主契約被保險人於主契約有效期間內，因被保險人身故、致成主契約條款附表所列失能、罹患重大疾病、特定重大疾病、特定重大傷病、癌症疾病、長期照顧等情形致生主契約終止時，本附約得依本附加條款之約定延續其效力。如要保人與主契約被保險人為同一人，而已身故者，其延續之附約，以各該附約之被保險人為該附約之要保人，有關各附約要保人權利義務之行使，應由各附約要保人或其法定代理人中，書面委任一人為受任人代為行使。但各附約要保人得經受任人以書面向本公司申請終止其延續之附約。(詳保單條款內容)
- 金融機構匯款：(1)申請外幣保單時，須填寫與外幣保單帳戶相同的英文姓名，並需檢附外幣存款帳號之證明文件。
 (2)如因不可歸責於本公司之因素致本公司無法匯款時，本公司將於該因素消失後辦理匯款，惟不負延遲責任。
 (3)受益人可附身分證明文件及存摺封面影本，以協助本公司核對匯款作業及確保受益人權益。
- 倘保險契約遭強制執行，且受益人(即債務人)申請之保險金屬於強制執行法第122條第2項規定所稱之「係維持債務人及其共同生活之親屬生活所必需者」，債務人得依強制執行法第12條規定向法院聲請或聲明異議。
- 倘理賠調查作業需查詢或調閱相關資料(例如：病歷、電腦檔案或本案事故資料)時，服務人員將請客戶提供相關授權同意書。
- 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」規定，單次給付理賠延遲息，應按規定扣取補充保險費，但具下列身分之一者，於理賠申請時應主動檢附下列文件，可免扣取補充保險費：
 - 低收入戶：檢附社政機關核定有效期限內之低收入戶證明文件。(利息所得)
 - 未投保健康者：非本國人者檢附護照影本、已除籍之本國人者檢附最近3個月內戶籍證明文件。(利息所得)
 - 中低收入戶成員：檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件。(給付日期於104年1月1日起日單次給付未達基本工資之利息所得)
 - 中低收入老人、接受生活扶助之弱勢兒童與少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭之受扶助者、符合全民健康保險法第一百條所定之經濟困難者：檢附社政機關核定有效期限內之證明文件。(給付日期於104年1月1日起日單次給付未達基本工資之利息所得)
- 如有保險金給付或填寫本申請書相關問題，請電洽客戶服務專線：0800-020-060(海外諮詢專線：886-2-8752-2111)或至本公司網站(www.nanshanlife.com.tw)查詢。

<二頁之二>

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(以下稱個資法)第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

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、身分證統一編號、地址、出生年月日、年齡、性別、電話、家庭情形、國籍、家庭其他成員之細節等 台端與本公司業務往來期間所提供或產生任何得以直接或間接方式識別個人之資料或詳如相關契約書、業務申請書、本聲明書等內容所載。

三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式:

- (一) 期間:本公司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、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司(如有)、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、保險犯罪防制中心、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。

四、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:書面。

五、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,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

【受益人系統表】

| | | | | | | | |
|----|--|----|--|----|--|----|--|
| 祖父 | | 祖母 | | 祖父 | | 祖母 | |
| 存 | | 存 | | 存 | | 存 | |
| 歿 | | 歿 | | 歿 | | 歿 | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 父 | | 母 | |
| 存 | | 存 | |
| 歿 | | 歿 | |

| | | | | | | | | | | | |
|------|--|---|--|---|--|---|--|------|--|----|--|
| 兄弟姊妹 | | | | | | | | 被保險人 | | 配偶 | |
| 存 | | 存 | | 存 | | 存 | | 歿 | | 存 | |
| 歿 | | 歿 | | 歿 | | 歿 | | | | 歿 | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|
| 子或女 (倘有已歿者且有子女者，應確實填載孫子女資料) | | | | | | | |
| 存 | | 存 | | 存 | | 存 | |
| 歿 | | 歿 | | 歿 | | 歿 | |

| | | | | | | | |
|-------|--|---|--|---|--|---|--|
| 孫子或孫女 | | | | | | | |
| 存 | | 存 | | 存 | | 存 | |
| 歿 | | 歿 | | 歿 | | 歿 | |

受益人簽名：_____

法定代理人簽名：_____

註：受益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。



壽險業病歷、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 貴公司基於客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、追償、申訴及爭議處理、本公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二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核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致

南山人壽保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名：

法定代理人簽名：

中華民國 年 月 日





快掃QR-code
安裝南山行動智慧網，掌握更多訊息。

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 保單號碼 <input type="checkbox"/> 原朝陽人壽保單 <small>(填寫一張有效保單號碼代表即可)</small> | | 與主被保險人/員工關係 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <small>(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)</small> | | 團體保險 要保單位名稱: 社團法人中華民國 牙醫師公會全國聯合會 員工/成員姓名 林*一 |
| 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；惟因本人之其他因素暫不提出_____保單之申請。 | | | | |
| 被保險人姓名 林*一 | 身分證統一編號 A111***** | 出生日期 中華民國 60 年 1 月 1 日 | 聯絡電話 _____ | |
| 領取方式 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 合作社 <input type="checkbox"/> 農會 <input type="checkbox"/> 分行 <input type="checkbox"/> 分社 <input type="checkbox"/> 辦事處 | | | | |
| 通匯代碼 _____ 帳號 _____ <small>(銀行代碼) (分行代碼) 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，將以禁止支票轉讓加劃平行線支票</small> | | | | |
| <input type="checkbox"/> 禁止支票轉讓加劃平行線支票 | | | | |
| 給付通知書 保險金給付通知書請以下列編號方式擇一送達，勾選多項時則以編號小的方式送達，若簡訊或 E-MAIL 失敗時，即改以紙本寄發 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： _____ @ _____ 3. <input type="checkbox"/> 紙本郵寄： _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ 村里路街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____ | | | | |
| 事故類別 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 完全失能 *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 <small>(申請意外理賠時填寫)</small> | | <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 下午 _____ 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) | | |
| 壽險業務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(下稱資保法)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) 06九契約、類似契約或其他法律關係事務(三) 09九0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，及與申辦理賠相關之查詢個人資料等(包含本件保險契約於申請本項理賠前「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) 本公司名內業務內所發往來之第三人。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、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、財團法人保險專業發展中心、財團法人金融消費評議中心及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、依據資保法第三條規定，您就本公司保有您個人資料行使之權利及方式：(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，本公司將可能延遲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 貴公司將本項理賠申請所檢附之相關證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料進行比對，以確認內容之正確性。 <input type="checkbox"/> 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)口是口否可發行無記名股票(勾否者，無須填下欄) 所有受益人簽章(如：配子) 受益人(為法人)口是口否已發行無記名股票 申請外幣保單，請填寫中英文姓名 受益人非中華民國國籍者請註明國籍 |
| | 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) |
| | 子女未滿20歲法定需簽 申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 送件者通路 <input type="checkbox"/> 業務員/業務員代碼： _____ | 收件單位 受理備 |
| <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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親友 <input type="checkbox"/> 郵寄 |
| 送件者/受任人簽名 _____ | |



★申請各項保險金所需檢附文件及注意事項

一、申請各項保險金所需檢附文件一覽表

| 申請項目 | 身故 | | 失能 | | 長期照顧/護理/完全失能生活扶助 | 生活保險金 | 重大疾病 | | 豁免保費 | | | | 醫療 | | | 失業/意外失蹤 | | 職業災害 | | | |
|--------------------------------------------------------|--------|------|------|------|------------------|-------|------------|-------------|----------|-------------|------|------|---------|---------|-----------|-----------|---------------|---------|------|------|--------------------|
| | 一般疾病身故 | 癌症身故 | 意外身故 | 完全失能 | | | 部分失能/重大燒燙傷 | 重大疾病/首次罹患癌症 | 生命末期提前給付 | 罹患癌症生活補助保險金 | 要保人 | | | | 創傷縫合處置保險金 | 緊急醫療運送保險金 | 骨折津貼(PBB/DHD) | 失蹤/意外失蹤 | 死亡給付 | 失能給付 | 傷病給付(醫療期間不能工作之費補償) |
| | | | | | | | | | | | 疾病身故 | 意外身故 | 第一至六級失能 | 第一至三級失能 | | | | | | | |
| 保險金申請書 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 死亡證明書 | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 相驗屍體證明書 | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保險人之除戶戶籍謄本 | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受益人身分證明 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 外幣存款帳號之證明文件(外幣保單適用) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診斷證明書/失能診斷書 | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 收據和費用明細表 | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | |
| 病理組織切片報告/相關檢驗報告 | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | |
| 意外傷害事故證明文件(如X光片) | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 救護車緊急醫療運送之證明文件 | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | |
| 被保險人之生存證明文件 | | | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | |
| 勞工保險給付收據影本 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 巴氏量表(Barthel Index)或臨床失智評分量表(CDR)或簡易智能測驗(MMSE)或其他專業評量表 | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |

二、注意事項

- 本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽名，有關受益人定義說明如下：
 - 申請醫療、重大疾病或失能保險金：受益人為事故人本人。
 - 申請身故保險金：受益人係指保險單所載之身故受益人，身故受益人不只一人時，均須簽名或各填寫一份。
 - ※受益人為未滿七歲之未成年者，由其法定代理人代為簽名及法定代理人簽名。
 - ※受益人為七歲(含)以上未滿二十歲之限制行為能力者，由受益人及其法定代理人簽名。
 - ※受益人如為受監護宣告者，由其監護人代為簽名，及監護人簽名。受益人如為受輔助宣告者，由受益人及輔助人共同簽名。
 - ※應簽名者為不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替，但須二位見證人同時簽名。
 - ※應簽名者為雙手截肢可以蓋章代替，亦須二位見證人同時簽名。
- 身故件之死亡原因為「解剖鑑定中」者，受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 申請完全失能之被保險人如為精神障礙或心智缺陷致不能為意思表示或受意思表示、不能辨識其意思表示之效果、或上開能力顯有不足者，請附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。
- 申請子女或配偶或團體險之身故/完全失能保險金不需檢附保險單。
- 豁免保費：(1)被保險人發生豁免保費事故，由被保險人提出申請，除上表所列須檢附文件外，倘因重大疾病(含癌症)申請者須另附病理組織切片報告/相關檢驗報告。
 (2)要保人投保「南山人需要保人豁免保險費附約」、「南山人需要保人豁免保險費批註條款」(WPP)及「南山人壽愛家保要保人豁免保險費附約」(WOP)，要保人發生豁免保費事故時：
 - 要保人身故：由該保單主契約被保險人檢具要保人身故之相關文件(含除戶戶籍謄本)提出申請，受益人身分證明為主契約被保險人的身分證明。
 - 要保人罹患重大疾病或致成第一至三級失能：由要保人依上表所列檢具相關文件提出申請，受益人身分證明為要保人的身分證明。
 - 95年10月1日以後購買之保單，要保人罹患重大疾病或致成第一至六級失能、重大燒燙傷：由要保人依上表所列檢具相關文件提出申請，受益人身分證明為要保人的身分證明。
- 申請骨折津貼或傷害醫療保險金者，可附「X光片」以確定傷害部位或程度。
- 請求「南山人壽安祥健康保險附約」(FIH)之返國住院保險金者，另具護照影本或足以證明之文件亦可。
- 失蹤：(1)一般失蹤件應附「法院死亡宣告」判決(代替死亡證明)和「受益人同意書」。
 (2)意外失蹤件應另附「意外傷害事故證明文件」和登記失蹤之戶籍謄本(代替除戶戶籍謄本)和「受益人同意書」。
- 受益人每領取「罹患癌症生活補助保險金」達十二個月者，於本公司給付下一個月「罹患癌症生活補助保險金」前，應檢送可資證明被保險人生存之文件。(如：三十天之內之戶籍謄本或診斷證明書)
- 依南山人壽附約延續附加條款約定：因主契約累計給付之各項保險金總額已達給付上限而終止，或主契約被保險人於主契約有效期間內，因被保險人身故、致成主契約條款附表所列失能、罹患重大疾病、特定重大疾病、特定重大傷病、癌症疾病、長期照顧等情形致生主契約終止時，本附約得依本附加條款之約定延續其效力。如要保人與主契約被保險人為同一人，而已身故者，其延續之附約，以各該附約之被保險人為該附約之要保人，有關各附約要保人權利義務之行使，應由各附約要保人或其法定代理人中，書面委任一人為受任人代為行使。但各附約要保人得經受任人以書面向本公司申請終止其延續之附約。(詳保單條款內容)
- 金融機構匯款：(1)申請外幣保單時，須填寫與外幣保單帳戶相同的英文姓名，並需檢附外幣存款帳號之證明文件。
 (2)如因不可歸責於本公司之因素致本公司無法匯款時，本公司將於該因素消失後辦理匯款，惟不負延遲責任。
 (3)受益人可附身分證明文件及存摺封面影本，以協助本公司核對匯款作業及確保受益人權益。
- 倘保險契約遭強制執行，且受益人(即債務人)申請之保險金屬於強制執行法第122條第2項規定所稱之「係維持債務人及其共同生活之親屬生活所必需者」，債務人得依強制執行法第12條規定向法院聲請或聲明異議。
- 倘理賠調查作業需查詢或調閱相關資料(例如：病歷、電腦檔案或本案事故資料)時，服務人員將請客戶提供相關授權同意書。
- 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」規定，單次給付理賠延遲息，應按規定扣取補充保險費，但具下列身分之一者，於理賠申請時應主動檢附下列文件，可免扣取補充保險費：
 - 低收入戶：檢附社政機關核定有效期限內之低收入戶證明文件。(利息所得)
 - 未投保健保者：非本國人者檢附護照影本、已除籍之本國人者檢附最近3個月內戶籍證明文件。(利息所得)
 - 中低收入戶成員：檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件。(給付日期於104年1月1日起且單次給付未達基本工資之利息所得)
 - 中低收入老人、接受生活扶助之弱勢兒童與少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭之受扶助者、符合全民健康保險法第一百條所定之經濟困難者：檢附社政機關核定有效期限內之證明文件。(給付日期於104年1月1日起且單次給付未達基本工資之利息所得)
- 如有保險金給付或填寫本申請書相關問題，請電洽客戶服務專線：0800-020-060(海外諮詢專線：886-2-8752-2111)或至本公司網站(www.nanshanlife.com.tw)查詢。

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(以下稱個資法)第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

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、身分證統一編號、地址、出生年月日、年齡、性別、電話、家庭情形、國籍、家庭其他成員之細節等 台端與本公司業務往來期間所提供或產生任何得以直接或間接方式識別個人之資料或詳如相關契約書、業務申請書、本聲明書等內容所載。

三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式:

- (一) 期間:本公司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、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司(如有)、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、保險犯罪防制中心、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。

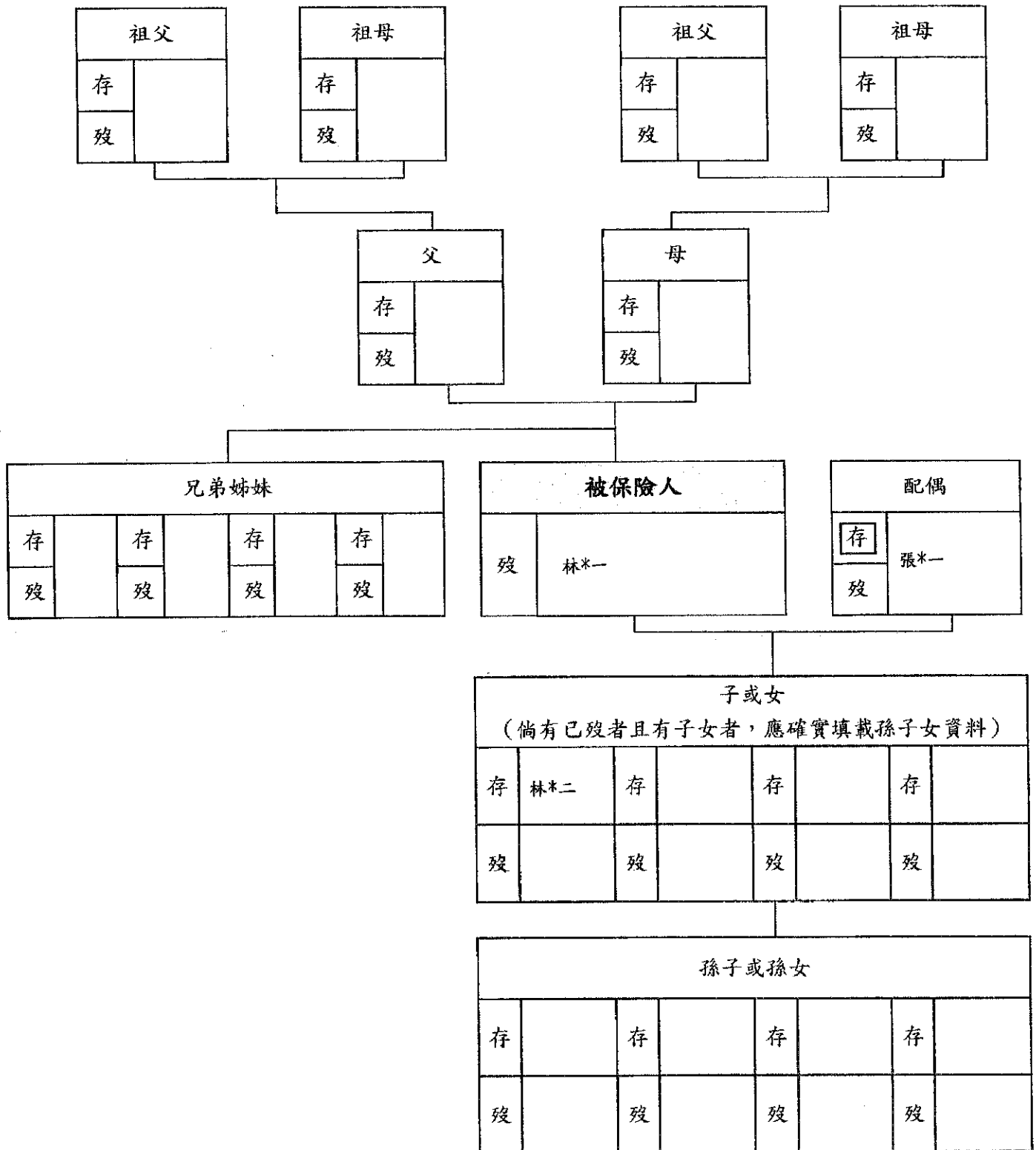
四、依據個資法第三條規定,台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (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:書面。

五、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,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

【受益人系統表】



受益人簽名：張*一+章 / 林*二+章

法定代理人簽名：_____

註：受益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。



壽險業病歷、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 貴公司基於客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、追償、申訴及爭議處理、本公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二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核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致

南山人壽保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名：張*一+章 / 林*二+章

法 定 代 理 人 簽 名：

中華民國 年 月 日

