

範例 < 10萬壽險 >

※請詳閱次頁「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」、「給付約定事項」及「申請注意事項」說明。

申請日期： 年 月 日

要保單位	台中市機踏車修理業職業工會	保單號碼	3000533266
員工資料	員工姓名	林○○	部門別/員工代號
	身分證統一編號	A12XXXXXX	聯絡電話/行動電話
			E-Mail address
事故人及申請項目	姓名	林○○	與員工關係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母
	身分證統一編號	A12XXXXXX	
	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 手術津貼 <input type="checkbox"/> 住院醫療保險金 <input type="checkbox"/> 癌症醫療保險金 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金 <input type="checkbox"/> 門診給付 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 申請收據差額給付		
<input type="checkbox"/> 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【職業災害補償墊付證明暨債權讓與同意書】及其相關證明文件。 <input type="checkbox"/> 否			
事故種類： <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外(請詳填「意外事故內容」)			
意外事故內容	發生時間	年 月 日 時	請經 簡 述 事 故 過 程 ※如有報案或警方證明文件或報章雜誌等媒體報導，請提供剪報或相關資料。
	事故地點		
	處理事故單位/承辦人員/聯絡電話 (分局/派出所/地檢署)	(無則免填)	

※申請書除虛線及底欄位視需要填載外，其餘資料請詳細填寫，以利縮短作業時間。

領支指示

給付方式	<input type="checkbox"/> 匯款至申請人或受益人帳戶 <input type="checkbox"/> 匯款至法定代理人帳戶(僅限醫療保險金受益人為未成年且金額未達新臺幣五十萬元，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給付。) 請另填下列「金融機構匯款同意書」			
	金融機構匯款同意書			
	立同意書人(即申請人)同意 貴公司將給付之保險金匯入下列指定之金融機構帳戶(請參次頁填寫範例及說明)內，並聲明下列帳戶確為立同意書人之帳戶，若因提供之資料有誤或字跡不清造成誤匯者，概由立同意書人自行負責，且視同保險金已給付；若致無法匯款或匯款金額逾限額者，同意 貴公司一律改以支票支付，絕無異議。			
	戶名(受益人或受款人)	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳 號(郵局需含局號)

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司基於核保、理賠、申訴等相關保險業務、履行保險契約法定義務及符合法令規範之需要，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、醫療及健康檢查等個人資料。

申請項目為身故保險金者，為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本人(受益人)同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對，以作為保險金給付審核之參考。

要保單位蓋章：工會蓋章

此致 新光人壽保險股份有限公司

申請人(即受益人)簽章：印

身分證統一編號：B2XXXXXXX

出生年月日：65年2月2日/國籍：台灣

聯絡地址：(郵遞區號) 台中市甲區中山路310號

(※申請人為未成年人或受監護宣告或監護輔助宣告者，供應由法定代理人/監護人/輔助人本人親自簽章併檢附身分證明文件)

法定代理人簽章：有未滿20歲子女
法定代理人簽名

監護人/輔助人簽章：法定代理人簽名

身分證統一編號：

出生年月日： 年 月 日/國籍：

聯絡(行動)電話：() 0931-XXXXXX

※填寫行動電話將做為發出理賠簡訊服務之用

門急診收據合計表線上建檔序號：

服務人員簽章： 服務人員ID： 送件單位： 通訊處，代號：

服務人員電話： 送件日期：

※服務人員應見證簽章部分確為當事人本人親自簽章並確認當事人身分、關係，如有因不實致生紛爭，應負相關法律責任。

若核准其中一人領取賠金，只要見領人帶此張

每位受益人一張
每份賠金

繼承系統表

被繼承人(即身故者)資料：

姓名	出生日期	死亡日期
林○○	民國(前)40年1月1日	民國110年X月X日

※以下系統表屬實無訛，如有偽報、遺漏或錯誤致他人權益受損害時，
繼承人願負損害賠償及有關法律責任。

(稱謂係指長子、長女、次子、次女等)

稱謂	姓名	稱謂	姓名
被繼承人 (身故者)	林○○□		
配偶	李××□		
長子	林○○□		
長女	林○○□		

母一定原其血印字

中華民國 年 月 日

注意事項：

「繼承人」需檢附全部戶籍謄本，以證明全體繼承人數及關係無誤。

推 派 具 領 同 意 書

立同意書人及具領人為保險單號碼_____保險契約之繼承人/受益人，茲因

要保人: _____ 死亡，全體繼承人均立書同意並共同推舉 **新要保人**: _____
被保人受益人: _____ 死亡，全體繼承人均立書同意並共同推舉 **具領人**: _____
 (即為醫療保險金/身故保險金/保險費溢繳/各項給付金額、基金、結構債配息及各項依契約產生受款項目之受款人)
 ，若本同意書所提供之資料有與事實不符者或爾後有繼承、冒領等糾紛情事，概由立同意書人本人自行負責，倘因前開任一事項致 貴公司生有損害，立書人全體願負連帶損害賠償責任，特此聲明。

此 致 新光人壽保險股份有限公司 台照

新要保人: _____ 與被保險人關係: _____ 法定代理人/監護人或輔助人: _____
 身分證統一編號: _____ 身分證統一編號: _____ 關係: _____
 地 址: _____ 地 址: _____
 連絡電話: _____ 連絡電話: _____

具領人: **李XX** 關係: **夫妻** 法定代理人/監護人或輔助人: _____
 身分證統一編號: **B2XXXXXX** 身分證統一編號: _____ 關係: _____
 地 址: **台中市○區○路○號** 地 址: _____
 連絡電話: **04-XXXXXXX** 連絡電話: _____

立同意書人: **林OO** 法定代理人/監護人或輔助人: _____
 身分證統一編號: **AXXXXXXX** 身分證統一編號: _____ 關係: _____
 地 址: **台中市.....** 地 址: _____ **有未滿20歲子女**
 連絡電話: **09XX-XXXXXX** 連絡電話: _____ **法定代理人簽名**

立同意書人: **林OO** 法定代理人/監護人或輔助人: _____
 身分證統一編號: **AXXXXXXX** 身分證統一編號: _____ 關係: _____
 地 址: **台中市.....** 地 址: _____
 連絡電話: **09XX-XXXXXX** 連絡電話: _____

立同意書人: _____ 法定代理人/監護人或輔助人: _____
 身分證統一編號: _____ 身分證統一編號: _____ 關係: _____
 地 址: _____ 地 址: _____
 連絡電話: _____ 連絡電話: _____

新光人壽係為人身保險相關服務及執行而蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、聯絡方式及基於保險契約與服務關係所提供之個人資料等)。所蒐集之資料僅會於上開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供與新光人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。惟新光人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，新光人壽將無法提供您完善的服務。

中 華 民 國 年 月 日

茲見證本推舉同意書經確認當事人身分證件，確為當事人本人並親自簽署無誤，如有不實見證，致公司受有損害者，願負相關法律責任。

見證人(服務人員)簽章:

單位: _____

年 月 日

注意事項:

- 「繼承人」需檢附原始全戶戶籍謄本、繼承人身分證明文件及繼承系統表，以證明全體繼承人數、年齡。有未成人且未婚或受監護受輔助宣告人者，需經法定代理人/監護人/輔助人同意(檢附身分證正、反面影本，無原始戶籍謄本，則以全體繼承人之全部戶籍謄本替之)；繼承人中如有已向法院辦理拋棄繼承並經法院准予備查者，請於繼承系統表中註明，並檢附法院准予備查之文件。
- 立同意書人(即繼承人)全體需在同同意書上簽名或蓋章，並檢附身分證明文件影本。
- 保單所涉稅賦之免徵或課徵，稽徵機關係依據有關稅法規定或稅捐稽徵法第12條之1所定實質課稅原則辦理。
- 上述檢附資料如有不齊，而未依期限補足者，本公司得不予辦理。

此一頁要蓋章
 推派10萬理賠金
 領人
 同意書人
 其他受益人
 若若有理賠金、此張不用寫

支票更改申請書

申請日期：中華民國 年 月 日

台中市 豐樂東修理業職業工會 被保險人 投保 貴公司保險(保單號碼)

申請 理賠 生存 滿期金 年金 紅利 回饋金 其他：

原支票帳號 票號 金額

茲因(原因必填)： 債務問題 行動不便 帳戶凍結 未開立帳戶 其他(請詳述)

(本公司可視金額大小與交易風險要求檢附相關證明文件)

請 貴公司更改：

原支票更正	<input type="checkbox"/> 更改支票抬頭(限原收款人姓名錯字) (註:更改支票抬頭需附上收款人身分證影本; 更名者並請附上戶籍謄本)
	<input type="checkbox"/> 取消劃線 或 <input type="checkbox"/> 取消禁止背書轉讓 (註:取消禁背需附上收款人身分證及相關佐證文件始得受理; 取消劃線及禁背兩者僅能擇一項取消)
毀損/重新開立新票或匯款	<input type="checkbox"/> 匯款： 銀行 分行，銀行代碼、帳號
	<input type="checkbox"/> 支票毀損重開 <input type="checkbox"/> 逾期票重開新票 (註:附支票或利得償還請求書; 匯款帳戶名一律為原收款人名稱，帳號務必填寫正確)
	<input type="checkbox"/> 支票分割(註:新開立支票帳號、票號由承辦人員填寫) 新票收款人 帳號 票號 金額 新票收款人 帳號 票號 金額

蒐集、處理及利用個人資料告知事項：

新光人壽係為人身保險相關服務及執行而蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址及基於保險契約與服務關係所提供之個人資料等)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供予新光人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至新光人壽各行政中心或利用新光人壽免費客戶服務專線(0800-031115)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集處理利用或刪除您的個人資料，惟新光人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，新光人壽將無法提供您完善的服務。

立書人已審閱蒐集、處理及利用個人資料告知事項，請貴公司惠予更正或重開/重匯，若有任何糾紛，概由立書人負完全責任，特立此據。 此致 新光人壽保險股份有限公司

收款人簽章： 李XX 身分證統一編號：B2XXXXXXX

※ 收款人未滿 7 歲或受監護宣告者，須由法定(意定)代理人/監護人於收款人處代為簽名，旁邊再簽法定代理人/監護人姓名並寫上“代”字，另法定代理人/監護人仍須於法定代理人/監護人簽章處簽名； 收款人為未成年且未婚、或為受監護、輔助宣告之人，請法定(意定)代理人/監護人/輔助人簽章

法定(意定)代理人/監護人/輔助人簽章： 關係：

身分證統一編號： 國籍： 生日：

茲見證本申請書確為立書人等親自簽章辦理，本人已確實核對其身分資料無誤，如有虛偽不實，本人等願負法律上之責任。			總公司部室/行政中心核定欄		
服務單位名稱	見證人(服務/櫃台人員)簽章	單位主管/覆核簽章	經辦	課主管	部主管
服務單位名稱代號					

註1：單張支票金額達新臺幣50萬元(含)，申請取消禁止背書轉讓者，本公司將依洗錢防制法規定，向調查局申報大額通貨交易。

註2：意定代理：受益人授權他人代理，授權書須經我國駐外單位認證，或監所矯治機關見證，或民間公證人或法院公證，並明確載明授權範圍及支票更改申請內容，且留存授權證明文件於本公司。

有債務相關問題不要寫