

連絡電話擇一填寫即可

(*) 被保險人 (事故者) 資料	保單號碼	學號		班級科別	
	G000987456	00045973		中文系三年級	
	姓名	身分證字號		出生日期	
	王小美	A224334555		80年05月22日	
(*) 居住 住所地址	台北市大安區仁愛路三段100號				
(*) 聯絡電話	() 分機	手機	0988556622	電子郵件	amy@hotmail.com
(*) 申請類別	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病)(1) <input checked="" type="checkbox"/> 意外事故(傷害)(2)		(*) 申請日期	100年 07月 03日	
(*) 事故原因	車禍		(*) 事故日期	100年 06月 10日	
(*) 申請項目	<input type="checkbox"/> 死亡(A) <input type="checkbox"/> 全殘(1級)(K) <input checked="" type="checkbox"/> 殘廢(2~11級)(B) <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病)(C) <input type="checkbox"/> 防癌(G) <input checked="" type="checkbox"/> 醫療實支(F) <input type="checkbox"/> 醫療日額(燒燙傷)(E) <input type="checkbox"/> 殘廢生活補助金(N)				

(*)投保學校證明欄

投保學校	○○大學	關防/學保專用章
學校代號	#####	
校址	台北市士林區+++路三段8號	
電話	02-2723-1000	
校(園、所)長 或職務代理人	△△△(正) 職章	
經辦人員	◆◆◆(正) 簽章	
受益人 (法定代理人)	王小美(簽名前請參下方受益人規定)(親自簽名)	

本申請書所載被保險人確係本校學生並已參加學生團體保險，特此聲明。

1. 大專院校學生團體保險，除身故保險金受益人外，其他保險金受益人一律為學生本人。2. 教育部及內政部兒童局招標之中等學校以下學生團體保險，受益人為被保險人學籍所載之法定代理人或家長。但被保險人已成年者，其醫療保險金或殘廢保險金受益人得為本人。3. 非屬上述第二項之幼童團體保險，除身故保險金受益人外，其他保險金受益人一律為學生本人，但受益人為未成年人時，得選擇匯款至法定代理人帳戶(需另檢附關係證明文件)，並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時，視為已對受益人給付。

(*) 保險金 領取方式	<input checked="" type="checkbox"/> 匯撥至受益人帳戶 <input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票												
<small>(未勾填給付方式，一律以背書支票支付)</small>	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 取消禁止背書轉讓支票 (選取左列2項給付方式者，以櫃檯親領、受益人為7歲以下或外籍人士為限)												
匯撥方式 請加填此欄	戶名	王小美	身分證字號	A	2	2	4	3	3	4	5	5	
	金融機構 (分行)	彰化銀行龍山分行 (中文名稱)	行庫局號 代號	009	帳號	2223264950432							
注意事項	1. 申請死亡保險金且受益人有數人時，限選擇同一領取方式；受益人逾2人時請另填背面附件(一)。 2. 凡因匯款帳戶錯誤、變更、撤銷等原因致無法完成轉帳者，本公司得逕行改以禁止背書轉讓支票給付。 3. 依保險契約條款約定，受益人申請各項保險金時，本公司得請求被保險人或受益人提供被保險人病歷調查同意書，其費用由本公司負擔。 4. 各項理賠給付所需申請文件請詳見後頁，惟給付項目仍以保險契約條款之約定為準。												
(*)服務人員(送件人)基本資料													
送件人姓名	張國泰	單位代號	AB45678	送件人ID	F	1	2	3	7	7	7	9	9
聯絡電話 (僅供本次案件聯繫使用)	市話：(02) 27551399 分機 1111					手機：09333555888							

由送件之服務人員填寫



303002



00002