

事故被保險人姓名	班級科系	學號	身分證字號	出生日期
張○德 (學生)	○○系	B01XXXXXX	請填學生身分證號 10碼	民國 9x 年 xx 月 xx 日
申請種類	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病(傷病) <input type="checkbox"/> 生活補助 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大手術 <input type="checkbox"/> 其他：			
理賠申請人通訊地址：	<input type="checkbox"/> 路 <input type="checkbox"/> 巷 <input type="checkbox"/> 弄 <input type="checkbox"/> 號 <input type="checkbox"/> 樓 <input type="checkbox"/> 路/街 <input type="checkbox"/> 段 <input type="checkbox"/> 巷 <input type="checkbox"/> 弄 <input type="checkbox"/> 號 <input type="checkbox"/> 樓			
意外傷害說明	發生 <b>填寫醫療診斷證明書上面事發日期</b> 地點：		理賠申請人與被保險人關係	
請詳述事故發生經過情形及全部就醫院所： <b>死亡、重病或身心科補助請填「詳診斷證明書」，意外受傷請簡單說明原因如車禍、摔倒、滑倒、運動受傷、被毆打…等等。</b>			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他：	

 本項理賠保險金，請依下列方式支付：匯款 支票

給付對象： <input type="checkbox"/> 受益人 (醫療保險金之受益人為被保險人)	<input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人 (身分證字號：	<b>學生未滿18歲，受益人可指定法定代理人</b>
匯款帳戶受益人戶名：	<b>學生姓名</b>	
<b>銀行必填，郵局可不填</b>	郵局 <b>必填欄位</b>	<b>請填寫存摺或提款卡上面的號碼</b>
分行/支局 帳號：		
(可附存摺影本；若因帳戶資料有誤或其他因素致未能匯款時，本公司將以支票給付。)		

**蒐集、處理及利用個人資料告知事項**

全球人壽保險公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集目的：人身保險、其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。二、個人資料類別：(一)姓名 (二)身分證統一編號 (三)地址 (四)病歷、醫療、健康檢查 (五)其他因本契約業務需要之業務申請書或契約書內容。三、個人資料之來源 (個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用) (一)要保人 (二)當事人之法定代理人、輔助人 (三)各醫療院所 (四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於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、地區、對象、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、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、財團法人保險犯罪防制中心、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，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：以書面方式行使上述權利(查詢 台端個人資料可另以本公司服務電話及網際網路方式)。六、台端不提供個人資料所致權益之影響 (個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：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，因此可能遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

**同意聲明事項**

一、本人同意全球人壽就處理進度、給付明細、拒絕給付或解除保險契約等相關事宜，得知會送件人，以利本人諮詢。  
 二、若申請項目為身故保險金時，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，本人同意全球人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

**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)同意貴公司基於人身保險業務需要，得依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 第 2 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。

理賠申請暨同意人簽章：	<b>必填欄位 (通常為同學本人)，不用蓋章</b>	法定代理人/監護人/輔助人
(非身故件為被保險人，身故件為身故受益人)		(理賠申請人簽章並填寫以下資料)
理賠申請人聯絡電話	<b>必填同學本人手機</b>	簽章： <b>學生未滿18歲，請家長或監護人填寫，不用蓋章</b>
(填寫行動電話將提供理賠結案簡訊服務)		身分證字號： <b>學生未滿18歲，請家長或監護人填寫</b> 日： <b>學生未滿18歲，請家長或監護人填寫</b>

投保學校證明欄	本申請書所載各項經查屬實，特此聲明。
投保學校：	國立臺灣大學 <input type="checkbox"/> 校印 學校代號： KGI- 86911
校長：	<input type="checkbox"/> (職章) 電子郵件帳號： _____
經辦人：	<input type="checkbox"/> (職章) 電話： 02-3366-2048 分機 _____
學校地址：	台北市大安區羅斯福路四段 1 號 申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

見證暨送件人 (壽險規劃師)：	規劃師登錄證號/執業證號：
營業處/經代代號：	聯絡電話： _____ E-mail _____



事故被保險人姓名	班級科系	學號	身分證字號	出生日期
				民國 年 月 日
申請種類	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病(傷病) <input type="checkbox"/> 生活補助 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大手術 <input type="checkbox"/> 其他：			
理賠申請人通訊地址：	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣/市 鄉/鎮/區/市 路/街 段 巷 弄 號 樓			
意外傷害說明	發生時間：____年__月__日__午__時 地點：		理賠申請人與被保險人關係	
請詳述事故發生經過情形及全部就醫院所：			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他：	

本項理賠保險金，請依下列方式支付：匯款 支票

給付對象：受益人（醫療保險金之受益人為被保險人） 受益人之法定代理人（身分證字號：\_\_\_\_\_）

匯款帳戶受益人戶名：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_銀行／郵局\_\_\_\_\_分行／支局 帳號：\_\_\_\_\_

（可附存摺影本；若因帳戶資料有誤或其他因素致未能匯款時，本公司將以支票給付。）

### 蒐集、處理及利用個人資料告知事項

全球人壽保險公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、**蒐集目的**：人身保險、其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。二、**個人資料類別**：(一)姓名 (二)身分證統一編號 (三)地址 (四)病歷、醫療、健康檢查 (五)其他因本契約業務需要之業務申請書或契約書內容。三、**個人資料之來源**（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）(一)要保人 (二)當事人之法定代理人、輔助人 (三)各醫療院所 (四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於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、地區、對象、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、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、財團法人保險犯罪防制中心、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，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：以書面方式行使上述權利(查詢 台端個人資料可另以本公司服務電話及網際網路方式)。六、**台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)**：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，因此可能遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

### 同意聲明事項

一、本人同意全球人壽就處理進度、給付明細、拒絕給付或解除保險契約等相關事宜，得知會送件人，以利本人諮詢。

二、若申請項目為身故保險金時，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，本人同意全球人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

### 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)同意貴公司基於人身保險業務需要，得依據個人資料保護法及保險法第177條之1第2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。

理賠申請暨同意人簽章：\_\_\_\_\_ 法定代理人／監護人／輔助人  
 （非身故件為被保險人，身故件為身故受益人） （理賠申請人為未成年、受監護或輔助宣告者請簽章並填寫以下資料）

理賠申請人聯絡電話：\_\_\_\_\_ 簽章：\_\_\_\_\_

（填寫行動電話將提供理賠結案簡訊服務） 身份證字號：\_\_\_\_\_ 生日：\_\_\_\_\_

投 保 學 校 證 明 欄	本申請書所載各項經查屬實，特此聲明。	
	投保學校： 國立臺灣大學	校印 學校代號： KGI-91810
	校 長： _____	(職章) 電子郵件帳號： _____
	經 辦 人： _____	(職章) 電話： _____ 分機 _____
學校地址： _____		申請日期：中華民國 年 月 日

見證暨送件人（壽險規劃師）： 湯中新 規劃師登錄證號/執業證號： 0085209305

營業處／經代代號： 益盛通訊處 聯絡電話： 0936212629 E-mail \_\_\_\_\_





## 同意查詢暨授權聲明書

茲因向 全球人壽保險股份有限公司 (下稱全球人壽)申請理賠保險給付之需要，立授權書人(與被保險人關係：<sup>非身故件</sup>本人/<sup>身故件</sup>配偶子女父母法定繼承人)同意並委託全球人壽指派之人員或委託專業機構向貴醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司、諮詢醫師或相關單位，查詢、諮詢、索引(包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作、或配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為)、問診、調閱、抄錄、影印被保險人\_\_\_\_\_ (生日：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日，身分證號碼\_\_\_\_\_)自契約生效日：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日前五年起，至「本同意查詢暨授權聲明書簽章日」為止之就診且不限科別之相關就診病歷、或就診病名：\_\_\_\_\_及依據中央健康保險署提供之歷次就診記錄查詢之就醫詳情、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立授權書人同意委由全球人壽人員代為填寫，並聲明：「立授權書人同意並委託全球人壽就本同意查詢暨授權聲明書為影印使用，且本同意查詢暨授權聲明書之影本與正本具同等效力。」 特立此書存照

此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、保險公司、諮詢醫師或相關單位

立授權書人簽章：\_\_\_\_\_  身分證號碼：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人簽章：\_\_\_\_\_  身分證號碼：\_\_\_\_\_

(立授權書人，若為未成年人或受監護宣告/輔助宣告者，請法定代理人/監護人/輔助人一併簽章，並請檢附身分證影本，以及戶口名簿、戶籍謄本、法院裁定等關係證明文件)

聯絡地址：

聯絡電話：

中 華 民 國                      年                      月                      日

註 1:「同意查詢暨授權聲明書」為查詢醫療院所及相關單位所需，請於申請理賠時簽名及蓋章，若經評估本案需要查證而您未簽章同意，將會影響本次理賠辦理的進度。

註 2:部分醫療院所，要求使用該院之特定制式表格，如需您再行補立同意書，將有專人通知您協助。

註 3:身故案件，立授權書人須為被保險人之法定繼承人，並請檢附立授權書人之身分證影本，及與被保險人間具有利害關係證明之戶籍謄本/戶口名簿影本。

# 申請保險金所需檢附文件一覽表

申請文件	身故保險金	失能保險金	生活補助金	重大手術保險金	重大疾病(傷病)保險金	骨折未住院日額給付保險金	醫療保險金
學保專用理賠申請書	√	√	√	√	√	√	√
醫療診斷書				√(註5)	√	√	√
醫療費用收據				√(註4)			√(註4)
失能診斷書		√					
死亡證明書或相驗屍體證明書	√						
除戶戶籍謄本	√						
骨折 X 光片						√	
重大傷病證明文件					√(註6)		
受益人戶籍謄本(註2)	√	√	√(註3)				
學生證正面影本	√	√	√	√	√	√	√
學生本人的存摺或提款卡封面影本		√	√	√	√	√	√
戶口名簿影本							受益人非學生時需提供
病理組織切片報告					初次罹癌需檢附		初次罹癌需檢附

註：

1. 若發生保險事故，需要申請理賠者，請備齊文件，直接與就讀學校的經辦人員聯繫，並由學校提出申請。若有任何保險諮詢或理賠服務，可逕向本公司派駐該校之服務人員聯絡，或洽本公司各地服務據點。
2. 戶籍資料必須能證明受益人與被保險人關係。
3. 生活補助津貼請領時之戶籍資料必須能證明被保險人滿失能週年仍生存。
4. 申請醫療保險金之醫療費用收據（須由合法開業之醫院診所開具且列明醫療費用明細），並得以收據副本或影本替之，但須請原醫療院所加蓋院方關防為證；檢附二家醫院之醫療收據時，則須檢附各家院所診斷證明，依此類推。
5. 申請重大手術保險金須經醫院診斷並詳細記載手術名稱。
6. 申請重大傷病保險金者，另檢具醫療診斷書及重大傷病證明文件。
7. 配合保險法修正，調整理賠申請書用詞，本次用詞異動無更動原商品實質給付內容及權利義務。

本公司各地服務據點：

台北：110 台北市市民大道六段 288 號 12 樓	(02)6639-9999
桃園：320 桃園市中壢區健行路 169 號 5 樓	(03)260-7200
台中：403 台中市西區台灣大道二段 307 號 1 樓	(04)3606-7500
台南：704 台南市北區西門路三段 159 號 4 樓	(06)601-7600
高雄：802 高雄市苓雅區中正二路 175 號 1 樓	(07)861-7900



Q1：保險效力如何起算又何時結束？應該何時提出理賠申請以避免失效？

A1：只要當學期有繳保費，效力即回溯到該學期第1天（第1學期為8月1日；第2學期為2月1日）並保障至該學期最後1天（第1學期為1月31日；第2學期為7月31日，應屆畢業生延長至8月31日）。**事故發生在有繳保費的當學期，請於事故時間後的2年內提出申請（無論您是否還在學），逾期失效。**

Q2：申請學生團體保險理賠需要什麼文件？

A2：

1. **一般意外受傷或「生病嚴重至住院（例如新冠肺炎確診須嚴重至住院）」的情況，請準備下列文件並依序裝訂：**

- (1) 填寫理賠申請書，電子檔請至「首頁 > 團體保險 > 申請書與應付資料」連結下載（包括填寫範例 PDF 檔）。
- (2) 醫療診斷證明書（正本或副本），影本要加蓋醫院章證明「與正本相符」。**同一事由在不同醫療院所治療，就要附上各個院所的診斷證明書。**
- (3) 醫療費用收據（正本或副本），影本要加蓋醫院章證明「與正本相符」。**之前有申請過本保險理賠者，不用再附。**
- (4) 學生證正面影本（不用反面），證明您是本校學生。**之前有申請過本保險理賠者，不用再附。**
- (5) 存摺封面有學生姓名與匯款帳號，避免匯款有誤。
- (6 額外) **有骨折請再加附 X 光光碟片或影本，另有理賠。**欲取回光碟者，請在理賠申請書貼便利貼說明「希望審核後歸還光碟片」。
- (7 額外) **外籍生、僑生或陸生請額外檢附居留證正面和反面影本。**
- (8 額外) **有罹癌者，請額外檢附《病理組織報告》。**

2. 若學生本人不幸身故，家屬請參閱生輔組網站「首頁 > 團體保險 > 申請書與應付資料」連結。

Q3：備好以上資料後，如何送件？

A3：

1. 掛號郵寄：**10617 臺北市大安區羅斯福路4段1號 生活輔導組（學生團保）收**
2. 醫學院區學生請送醫學院學務分處。
3. 校總區學生可以到學務處生輔組，投件至**生輔組1號櫃台註明「學生團體保險資料亦可投入」的紙箱**。如下圖，現場提供**免費的迴紋針與舊紙袋**。



**Q4：送出申請資料後，何時知道結果？**

A4：若資料無問題，將於 20 個工作天以內，匯款至帳戶並發簡訊至手機。若有其他問題，將個案通知學生本人後續事宜。

**Q5：休學期間，我可否繼續參加學生團體保險？**

A5：休學期間並未繳交保費（開學前已休學），可親自或委請他人至校總區生輔組 1 號櫃台抽屜拿取「休學續繳保費」的繳費單填寫基本資料（姓名、學號、系所年級），再到禮賢樓 8 樓出納組抽號碼牌繳清。抽屜照片如下。（註：1 個學期只能填寫 1 張，2 個學期填寫 2 張。下一學年因保費需公開招標，只能等新學年開始後再繳交）



**Q6：我在這學期結束前提早畢業或退學，可以再接受學生團體保險的保障嗎？**

A6：事故在學期結束（每年 1 月 31 日或 7 月 31 日）以前發生（以醫療診斷證明書上所載日期為準），可以申請學生保險理賠；新學期開始已無本校學籍，不在學生團保範圍內。

**Q7：請問本校的學生團體保險承保公司都是固定同一家嗎？**

A7：本校於契約期滿前依政府採購法規定公開招標，由各保險公司競標，得標者承辦本校學生新學年的團體保險，以維護服務品質並反應市場行情。保費也因此有所變化。

**Q8：有了學校的學生團體保險的保障，舉辦活動或出遊時還需要另外購買其他保險嗎？**

A8：學校團體保險僅提供最基本的理賠補助，建議舉辦活動或出遊時另外購買其他保險，提供活動成員最充足以及適切的保障。若真有意外，亦可多方申請理賠，獲得較多保障。

**Q9：我需要保險證明，如何取得契約內容及繳費證明？想了解契約應如何聯絡相關窗口？**

A9：契約條款請至生輔組網站「首頁>團體保險>理賠範圍」下載。繳費證明請用您的帳密至 MyNTU 下載繳費證明；有減免身分的學生另請校方開立減免證明，證明已由學校代繳。聯絡窗口有本校的林先生（02-33662050#221，[linyiyen@ntu.edu.tw](mailto:linyiyen@ntu.edu.tw)）。理賠相關問題，請洽詢承保公司：(02)6639-9999 轉 理賠部。



承保公司另提供 Line 服務，加入後可享有「即時的問題回覆、更多專業人員的服務」及「隱密性高，個人問題不會被非相關人員看到」與「諮詢臺大學生團保以外的保險相關問題」等臺大學生與家長特有的福利，歡迎使用。





# 身心科／精神科門診開立證明書與收據注意事項

因全國大學校院的學生團體保險，僅國立臺灣大學提供身心科／精神科門診每月最高額 1,450 元補助，故整理「診斷證明書」及「醫療費用收據」相關注意事項，方便各醫療院所開立。

## 一、診斷證明書

診斷證明書格式，已設計應診起迄日期者—例如自○○○年○○月○○日至○○○年○○月○○日—不會造成承保公司無法核算身心科／精神科補助計算補助額的問題。但如果證明書格式原本就沒有設計應診起迄日期，還請醫師在囑言裡，註記「就診日期有哪幾天」或「幾年幾月幾日至幾月幾日應診」，避免就診期間與醫療費用收據日期無法對應，以減輕學生申請證明的負擔。

## 二、醫療費用收據

費用收據的日期，必須對應診斷證明書裡的應診期間或醫囑的應診日期。若開立醫療費用明細代替收據，請列明個別醫療費用項目的名稱、日期與金額，俾便承保公司核算單月補助金額。

三、若醫療院所有疑問或建議，還請聯絡承辦人，提昇團保服務品質。

承辦人：學務處生活輔導組 林奕延 先生

公務電話：02-3366-2050（找學生團保的林先生）

公務信箱：linyiyan@ntu.edu.tw

