全球人壽

理賠申請書

此為填寫範例，請參考「黃標」欄位再填寫範例之後的空白表格。

事故被保險人姓名	職業及職務	身分證字號(外籍人士投保資料之證照號碼)	出生日期
林○○	有正式學籍的學生	A 1 2 3 4 5 6 7 8 9	民國 00 年 00 月 00 日
聯絡電話	09XX-XXX-XXX ◎填寫行動電話將發送理賠受理與結案簡訊通知到該手機號碼，不另郵寄紙本文件。		
E-mail	E-mail 通知 abcdefg123456 @ abc.com ◎個人保險填寫E-mail，將以電子郵件提供保險金給付通知書，不另郵寄紙本文件。 ◎理賠申請人已申請本公司電子化通知者，一律以最後提供於本公司之E-mail 信箱進行通知；惟以上述欄位填寫之 E-mail為優先通知信箱。		

理賠申請人通訊地址：□同保單住所地址 (僅供寄送本次理賠相關通知文件或聯繫申請人之用)

填郵遞區號 填通訊地址

保單類別（請勾選同意申請之類別）

□個人保險 ●團體保險 (要保單位：臺灣大學 學生保險請填班級科系 系所 學號 學號)

□旅行平安保險

1. 所勾選的保單類別，本公司將檢視符合理賠要件且可理賠之所有該類別保單後依約給付；若上述保單類別均未勾選，本公司將檢視符合理賠要件且可理賠之所有個人保險、團體保險及旅行平安險保單後依約給付。
2. 若有不申請之保單，請載明保單號碼並說明之：
3. 若申請家庭型/不記名保單，請載明保單號碼：

申請種類

□身故 □完全失能 □部份失能 □重大疾病或特定傷病 □生命尊嚴提前給付 □重大燒燙傷
□醫療 □癌症醫療 □豁免保費 □失能扶助 □長期照顧 □老年住院提前給付 □職業災害 □婦女險
□收入保障定期壽險（□一次給付 □按月給付）□實物給付 □分期定額保險金 □其他：

案 件 性 質：□疾病 □意外

一般案件事故日：1XX 年 ○○ 月 ○○ 日
身故案件身故日： 年 月 日

事故發生經過情形及全部就醫院所：
意外請簡單說明原因。疾病（嚴重到住院者才理賠）及身心科門診補助請填「詳診斷證明書」即可。

事故被保險人與主被保險人關係：□本人 □配偶 □子女 □父母

□申請身故／完全失能／重大疾病或特定傷病理賠，因保險單遺失，本人聲明保險單作廢。

□申請醫療費用收據正本留存證明書／差額證明書

理賠申請人：簽名即可，免蓋章 (簽章)

□支票 □同前次理賠申請帳戶 ※外幣保單不接受支票付款

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（外幣保單請填英文戶名）： SWIFT CODE：

若為郵局只要圈郵局就可以了。 銀行／郵局 請寫分行或支局 分行／支局 帳號： 記得填寫，以免耽誤您收理賠金

註 1. 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。
2. 受益人之法定代理人僅限醫療保險金受益人為未成年人者，若申請身故保險金者，仍應以受益人本人為給付對象。法定代理人非要保人時，需另檢附關係證明文件。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。

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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、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、本人同意委任送件業務員/保險經紀人或保險代理人(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/資訊由受任人轉知予本人。

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：（非身故件為被保險人，身故件為身故受益人）

簽名即可，免蓋章

要保單位/投保學校簽章：（團保專用）

（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）

法定代理人/監護人/輔助人簽章：學生未滿18歲，才由家長/法代/監護人/輔助人填寫

見證暨送件人（壽險顧問）： 壽險顧問登錄/執業證號：

營業處／經代代號： 聯絡電話： E-mail：

2026.07 **填寫日期** 年 月 日

※填寫理賠申請書時，請詳閱個人資料告知事項、應附文件表及注意事項。

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：**非身故件□本人/身故件□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、交通監理機關、海巡機關、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**簽名即可，免蓋章(生日：00年00月00日，身分證號碼A123456789)自契約生效日：____年___月___日前五年內迄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病歷資料(含各項檢查、檢驗、體檢報告。)或病名：_____相關病歷資料(含各項檢查、檢驗報告)。及依據全球人壽羅列之歷次就診日期，提供該日期之就醫病歷詳情、電腦檔案資料，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、交通監理機關、海巡機關、壽險公會、保險公司、諮詢醫師或相關單位

立授權書人簽章：簽名即可，免蓋章　　身分證號碼：A123456789

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，立書人請簽名並蓋章，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/輔助人簽名並蓋章，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。

全球人壽

理賠申請書

理賠編號：　　受理日期：

事故被保險人姓名	職業及職務	身分證字號(外籍人士投保資料之證照號碼)	出生日期
	有正式學籍的學生		民國　年　月　日
聯絡電話	◎填寫行動電話將發送理賠受理與結案簡訊通知到該手機號碼，不另郵寄紙本文件。		
E-mail	E-mail 通知＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿ ◎個人保險填寫E-mail，將以電子郵件提供保險金給付通知書，不另郵寄紙本文件。 ◎理賠申請人已申請本公司電子化通知者，一律以最後提供於本公司之E-mail 信箱進行通知；惟以上述欄位填寫之 E-mail為優先通知信箱。		

理賠申請人通訊地址：□同保單住所地址 (僅供寄送本次理賠相關通知文件或聯繫申請人之用)

□□□□□ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保單類別 (請勾選同意申請之類別)	□個人保險 ●團體保險 (要保單位：臺灣大學 學生保險請填班級科系＿＿＿＿學號＿＿＿＿＿) □旅行平安保險 **1.所勾選的保單類別，本公司將檢視符合理賠要件且可理賠之所有該類別保單後依約給付；若上述保單類別均未勾選，本公司將檢視符合理賠要件且可理賠之所有個人保險、團體保險及旅行平安險保單後依約給付。** **2.若有不申請之保單，請載明保單號碼並說明之：＿＿＿＿＿＿＿＿** **3.若申請家庭型/不記名保單，請載明保單號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿**
申請種類	□身故 □完全失能 □部份失能 □重大疾病或特定傷病 □生命尊嚴提前給付 □重大燒燙傷 □醫療 □癌症醫療 □豁免保費 □失能扶助 □長期照顧□老年住院提前給付 □職業災害 □婦女險 □收入保障定期壽險（□一次給付 □按月給付）□實物給付 □分期定額保險金 □其他：

案　件　性　質：□疾病　□意外 一般案件事故日：　年　月　日 身故案件身故日：　年　月　日 事故發生經過情形及全部就醫院所：	事故被保險人與主被保險人關係：□本人 □配偶 □子女 □父母 □申請身故／完全失能／重大疾病或特定傷病理賠，因保險單遺失，本人聲明保險單作廢。 □申請醫療費用收據正本留存證明書／差額證明書 理賠申請人：＿＿＿＿＿＿（簽章）

本項理賠保險金，請依下列方式支付：□**匯款** □**支票** □**同前次理賠申請帳戶**　※外幣保單不接受支票付款

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（外幣保單請填英文戶名）：　　SWIFT CODE：

＿＿＿＿＿＿銀行／郵局＿＿＿＿＿＿＿分行／支局 帳號：＿＿＿＿＿＿＿＿

註：1. 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。
2. 受益人之法定代理人僅限醫療保險金受益人為未成年人者，若申請身故保險金者，仍應以受益人本人為給付對象。法定代理人非要保人時，需另檢附關係證明文件。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。

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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、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、本人同意委任送件業務員/保險經紀人或保險代理人(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/資訊由受任人轉知予本人。

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：（非身故件為被保險人，身故件為身故受益人）　**要保單位/投保學校簽章：（團保專用）**

（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）

法定代理人/監護人/輔助人簽章：＿＿＿＿＿＿身分證字號：＿＿＿＿＿＿＿＿生日：＿＿＿＿＿＿

見證暨送件人（壽險顧問）：鄭元戎 經理　壽險顧問登錄/執業證號：0110405929

營業處／經代代號：益盛通訊處　聯絡電話：0987-247-098　E-mail：＿＿＿＿＿＿

2026.07　**填寫日期**　年　月　日

※填寫理賠申請書時，請詳閱個人資料告知事項、應附文件表及注意事項。

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：**非身故件□本人/身故件□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、交通監理機關、海巡機關、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___日前五年內迄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病歷資料(含各項檢查、檢驗、體檢報告。)或病名：_____相關病歷資料(含各項檢查、檢驗報告)。及依據全球人壽羅列之歷次就診日期，提供該日期之就醫病歷詳情、電腦檔案資料，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、交通監理機關、海巡機關、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，立書人請簽名並蓋章，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/輔助人簽名並蓋章，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。