

國泰人壽保險股份有限公司理賠申請書

Must be filled  
(\* )=必填欄位

保戶基本資料												
(*) 被保險人 (事故者) 資料	保單號碼(服務人員填寫)						學號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					班級科別 Department
	G 5 0 0 0 0 5 1 7 1											
	姓名 Name as passport			身分證字號 ARC NO.			出生日期 Birth Date					年 月 日
(*)居住住所地址 Address <input type="text"/>												
(*)聯絡電話 ( )				手機 Cell phone			電子郵件 E-mail					
(*)申請種類 Applying Type	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病)(1) Sick					<input type="checkbox"/> 意外事故(傷害)(2) Accident					(*)申請日期 Applying Date	年 月 日
(*)事故原因						(*)事故日期 Happened Date					年 月 日	
(*)理賠類別	<input type="checkbox"/> 死亡(A) <input type="checkbox"/> 殘廢(B) <input type="checkbox"/> 重大疾病(C) <input type="checkbox"/> 醫療(E) <input type="checkbox"/> 防癌(G) <input type="checkbox"/> 生活補助金(N)											
(*)保險金領取方式 (未勾填給付方式,一律以禁背支票支付)	匯撥至受益人帳戶 (匯撥方式請附上存摺影本並加填下方欄位)											
戶名 Account Name			身分證字號 ARC NO.									
金融機構(分行) Bank & Branch name			中文名稱			行庫局號 代號		帳號 Account NO.				
<input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票 <input type="checkbox"/> 取消禁止背書轉讓支票 <input type="checkbox"/> 現金 選取支票給付者, 加填受益人身分證字號 (給付方式選取「取消禁止背書轉讓支票」或「現金」者, 以櫃檯親領、受益人為7歲以下或外籍人士為限)												
受益人 Signature (法定代理人)						受益人與被保人關係:						
(親自簽名並請參閱下欄說明)						<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 其他						
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(須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。												
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, 請另填附件(一)。 2. 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。											
(*)投保學校證明欄												
投保學校			淡江大學						關防/學保專用章			
學校代號												
校址			□□□ 251新北市淡水區英專路151號									
電話			(02)2628-1990									
校(園、所)長或職務代理人			職章									
經辦人員			簽章									
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。												
(*)服務人員(送件人)基本資料												
送件人姓名			單位代號			送件人 ID						
連絡電話 市話: ( )			分機			手機:						



303002



00004