

檔 號：  
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：104462 台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：洪嘉珍 (02)25000133 轉 231

電子郵件信箱：jean2002@cda.org.tw

受文者：詳如正本

發文日期：中華民國 114 年 3 月 5 日

發文字號：牙全仁字第 02383 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：南山人壽理賠表單、範例、保險經紀人名片、近兩年理賠名單

主旨：有關本會為全體會員公會所屬會員投保南山人壽團體保險理賠事宜，詳如說明段，敬請查照。

說明：

- 一、113 年度全體會員團體保險，與南山人壽完成續約第六年 (113.09.01-114.08.31)，定期壽險(疾病身故/意外身故/完全失能保險金)、意外身故保險金、重大燒燙傷保險金，(壽險 10 萬/意外 10 萬-保單號碼 GU00008661，75~99 歲僅能承保意外險 20 萬-保單號碼 GU00008918)，年齡 55 歲(含)以上中途加保需填寫加保約定書(健康告知書)；外籍人士需提供居留證號、護照英文名及國籍。
- 二、南山人壽團險理賠相關表單文件，詳如附件並刊於本會網站(查詢南山)，因文件不定期會更新，敬請洽詢本會配合之保險經紀人：陳盈潔小姐，電話 02-2562-6998#815，名片如附件三，或逕上南山人壽官網-企業團險相關表單下載。
- 三、上述文件，敬請於會員親屬辦理身故退會時協助提供；保險理賠期限為 2 年，附件四為近兩年理賠名單(請注意個資問題)，敬請貴會協助提醒尚未提出申請之醫師眷屬。

正本：各縣市牙醫師公會

字冊全聯會  
核對章(232)

本案依照分層負責規定  
授權福利基金管理委員會執行長決行

理事長 江錫仁

104462

臺北市中山區復興北路420號10樓

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

710

台南市永康區中華路196-14號10樓


處理日期

114/03/06

台南市牙醫師公會

君啟

郵件編號： 951413-15-347173086

收文日期:	114年 3月 14日	第 22 號	簽章
批示日期:	114年 3月 20日		
批 示 項 目	<input checked="" type="checkbox"/>	1. 全體會員	
	<input type="checkbox"/>	2. 學術主委	
	<input type="checkbox"/>	3. 健保主委	
	<input type="checkbox"/>	4. 環保主委	
	<input type="checkbox"/>	5. 口衛主委	
	<input type="checkbox"/>	6. 聯誼主委	
	<input type="checkbox"/>	7. 總務主委	
	<input type="checkbox"/>	8. 資訊主委	
	<input type="checkbox"/>	9. 偏遠主委	
	<input type="checkbox"/>	10. 公關主委	
	<input type="checkbox"/>	11. 法令特需求主委	

花PO  
藍禮網  
金



本次申請範圍為個人保險  團體保險  旅平險，並填寫下列相關欄位 (若未勾選，視為同意申請所有符合理賠要件且可理賠之保單)

保單號碼  原朝陽人壽保單

個人保險：\_\_\_\_\_ (填寫一張有效保單號碼代表即可) 旅平險：\_\_\_\_\_ (填寫一張有效保單號碼代表即可)

團體保險：要保單位名稱：社團法人中華民國牙醫師公會聯合會 保單號碼：\_\_\_\_\_

員工(成員)姓名：\_\_\_\_\_ 員工(成員)工號：\_\_\_\_\_

與主被保險人 / 與團體保險員工(成員)關係  本人  配偶  子女  父母 (家庭型保單請務必填寫該保單號碼並勾選上列關係)

被保險人姓名 \_\_\_\_\_ 身分證統一編號 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 聯絡電話 \_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

聯絡地址：□□□-□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓 之

領取方式

同前一次理賠帳戶 (匯款銀行：\_\_\_\_\_ )  匯款至受益人帳戶  保險金信託 (請檢附保險金信託帳戶資料)

匯款至法定代理人帳戶 (限未成年之醫療保險金受益人，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為給付)

戶名：若有數位受益人時，請提供存摺封面影本  郵局  銀行 / 合作社 / 農會

通匯代碼 \_\_\_\_\_ 帳號 \_\_\_\_\_

(銀行代號) (分行代號) 由左而右填寫，不足位者請留空不用補0，未填寫或帳戶資料不正確，將以禁止寄書轉讓支票給付

外幣帳戶 (僅供外幣保單使用) (上方帳戶是外幣帳戶時，請另提供帳戶之英文姓名，以利匯款)，英文姓名：\_\_\_\_\_

禁止寄書轉讓支票 (支票金額超過新臺幣 20 萬元時加劃平行線)

通知書

保險金給付通知書請以下列方式擇一送達，同時勾選多項時則優先以簡訊方式送達，若簡訊、E-MAIL 失敗時或未勾選，即以聯絡地址郵寄紙本

1.  以行動電話簡訊通知：  同上聯絡電話  另填寫行動電話：\_\_\_\_\_ (如勾選並填寫此欄位，受理簡訊將改寄發至此)

2.  E-MAIL： @ \_\_\_\_\_

您亦可掃描右上方 QR code 南山人壽 LINE 官方帳號，加入好友並綁定南山人壽會員，立即享有個人化服務。

申請類別

疾病  意外

申請項目

\* 配合保險法修正，殘廢用詞調整為失能，被保險人權益不受用詞調整影響。

1.  醫療  門診  職業災害 2.  重大疾病  初次罹患癌症  生命末期提前給付

3.  重大燒燙傷  長期照顧  豁免保費 4.  身故  完全 / 部分失能 5.  差額給付證明  其他

\* 職業災害要保單位是否已先行給付應付之保險金？

是 (請提供職業災害補償金墊付證明暨債權讓與同意書及其相關證明文件。)  否

意外事故內容

與前次事故相同  新事故發生時間：中華民國 年 月 日 上午 時 分 下午 時 分

報案日：\_\_\_\_\_ 處理單位：\_\_\_\_\_ 承辦人：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

請詳述保險事故發生地點、原因、經過情形、事故時職業及工作內容 (如有報案或警方證明文件等，請提供相關資料)

壽險業務行個人資料保護法告知義務內容

南山人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第八條第一項、第九條第一項及第六條第二項規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集之目的：(一) 00-1 人身保險 (二) 06-9 契約、類似契約或其他法律關係事務 (三) 09-0 消費者、客戶管理與服務 (四) 18-1 其他經整合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、及與事故處理相關的查證個人資料等(包含本件保單關於申請本次理賠前「例如於投保或申請契約變更時」非由您直接提供予本公司之個人資料)、詳如本申請書及應備文件內容所載

三、個人資料之來源：(一) 要保人、(二) 您或您的法定代理人、輔助人、(三) 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、對象、地區、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限、(二) 對象：本公司、要保單位、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、財團法人保險專業發展中心、財團法人金融法制監督防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受消費者監督機構、業務委外機構、業務合作機構、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：上列對象所在之地區、(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，您就本公司保有您個人資料行使之權利及方式：(一) 得向本公司行使之權利：1. 查詢、請求閱覽或請求製給複製本、2. 請求補充或更正、3. 請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除、(二) 行使權利之方式：除以電話查詢個人資料外，本公司另有規定外，行使權利之方式以書面為之。如有疑問，您得與本公司客戶服務專線：0800-020-060 聯絡，本公司將協助處理相關請求

六、您不提供個人資料所造成權益之影響：若您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，因此可能延遲或無法提供您相關服務或給付。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項

本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。

本人同意 貴公司將本次理賠申請所檢附的相關履歷證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料進行比對，以確認內容的正確性。

要保單位 / 保經代簽章

請務必親自簽名

本人同意上述事項，並同意 貴公司得將理賠申請相關文件 / 資訊由右列送件人轉知予本人。

立書人(即被保險人)/受益人簽名：受益人(為法人)  是  否 否可發行無記名股票 (勾否者，無須填下)

受益人(為法人)  是  否 否已發行無記名股票

申請外幣保單，請填寫中英文姓名 受益人非中華民國國籍者請註明國籍

法定代理人/監護人/輔助人簽名：受益人為未成年或受監護宣告、輔助宣告者時，請填寫。倘法定代理人非要保人請另檢附關係證明文件。(如戶口名簿影本等)

申請日期：中華民國 年 月 日

送件人通路

業務員 / 業務員代碼：\_\_\_\_\_

保經代

銀行代碼：\_\_\_\_\_

分行名稱：\_\_\_\_\_

分行單位代碼：\_\_\_\_\_

登錄證號碼：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

送件人簽名 \_\_\_\_\_

收件單位 受理欄

其他送件管道  本人  親友  郵寄



★申請各項保險金所需檢附文件及注意事項

一、申請各項保險金所需檢附文件一覽表

申請項目	身故		失能		長期照顧保險金 / 完全失能生活扶助	生活保險金	重大疾病		豁免保費				醫療			職業災害						
	一般疾病身故	癌症身故	意外身故	完全失能			部分失能 / 重大燒燙傷	重大疾病 / 首次罹患癌症	生命末期提前給付	罹患癌症生活補助保險金	要保人				傳書醫療 / 住院醫療 / 癌症醫療	創傷綜合處置保險金	緊急醫療運送保險金	骨折津貼 (OP/DH)	失蹤 / 意外失蹤	死亡給付	失能給付	傳書付 (醫療期間不能工作之黃埔價)
											疾病身故	意外身故	第一至六級失能 95.10.01 以後投保	第一至三級失能								
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
死亡證明書	✓	✓																				
相驗屍體證明書			✓																			
被保險人之除戶戶籍謄本	✓	✓	✓																			
受益人身分證明	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
診斷證明書 / 失能診斷書				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
收據和費用明細表 (註)														✓	✓							
病理組織切片報告 / 相關檢驗報告	✓																					
意外傷害事故證明文件 (如 X 光片)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
救護車緊急醫療運送之證明文件			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
被保險人之生存證明文件					✓	✓		✓														
勞工保險給付收據影本																					✓	✓
巴氏量表 (Barthel Index) 或臨床失智評分量表 (CDR) 或簡易智能測驗 (MMSE) 或其他專業評量表					✓																	

註：申請住院醫療實支實付險種，倘需正本收據然未檢附，又該險種得以日額給付且符合契約條款約定者，將先以日額方式給付。

二、注意事項

1. 本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽名，有約定受益人定義說明如下：

(1) 申請醫療、重大疾病或失能保險金，受益人有身故人本人。

(2) 申請身故保險金，受益人係指保險單所載之身故受益人，身故受益人不只一人時，均須簽名或各填寫一份。

※ 受益人為未滿七足歲之未成年人，由其法定代理人代為簽名及法定代理人簽名。

※ 受益人為七歲 (含) 以上未滿成年之限制行為能力者，由受益人及其法定代理人簽名。

※ 受益人如為受監護宣告者，由其監護人代為簽名，及監護人簽名，受益人如為受輔助宣告者，由受益人及輔助人共同簽名。

※ 倘因視障、不識字、或其他因素致無法簽名者之被保險人或要保人可蓋手印代為簽名 (須註明左手或右手第幾指)，但須經兩位見證人簽名，並於簽名處註明「見證人」字樣以資證明，另

外填於見證人旁加註見證人身分證字號，無須再提供身分證影本資料。

※ 應簽名者為雙手殘廢可以蓋章代辦，亦須二位見證人同時簽名。

※ 倘身故受益人指定為法人機構、宗教團體、公益機構、社會福利機構者，依照「保險法」第 44 條之規定，得基於利害關係人之身分，向保險人請求保險契約之歸本。又，依照「申請戶籍謄本及閱覽戶籍登記資料處理原則」，前項機構或團體亦得基於利害關係人 (即受益人) 之身分，向戶政單位取得除戶戶籍謄本及死亡證明文件，惟得否確實調取，仍以各戶政單位辦理為準。

2. 見證人身分須符合以下規定：

(1) 二位見證人皆不可為本件保費或給付業務員或保險人員。

(2) 二位見證人中，最多可指定一人為保單關係人 (要保人 / 被保險人 / 受益人)，另一人則須非保單關係人，且非保單關係人須為親戚或朋友，或為社區機構人員，亦可二位見證人皆非保單關係人，但至少有一人須為親戚或朋友，或為社區機構人員。

※ 倘因視障、不識字或其他因素致無法簽名者，可以捺指手印方式代為簽名 (須註明左手或右手第幾指)，但須經兩名具行為能力之見證人簽名，並於簽名處註明「見證人」字樣同時加註身分證字號以資證明。

3. 身故事件之死亡原因為「解脫痛苦中」者，受益人應備「解剖結果報告」或證明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。

4. 申請完全失能之被保險人如精神障礙或心臟衰竭致不能為意思表示或受意思表示，不能辨識其意思表示之效果，或上開能力顯有不足者，請附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。

5. 申請醫療保險給付時手術費實支實付保險金應備收據及明細；子女或配偶或親屬之身故 / 完全失能保險金不需檢附保險單。

6. 豁免保費：

(1) 被保險人發生豁免保費事故，由被保險人提出申請，除上開所列須檢附文件外，倘因重大疾病 (含癌症) 申請者須另附病理組織切片報告 / 相關檢驗報告。

(2) 要保人投保「南山人壽要保人豁免保費附加約」、「南山人壽要保人豁免保費附加條款 (WPP)」及「南山人壽要保人豁免保費附加約」(WOP)，要保人發生豁免保費事故時：

◎ 要保人身故：由該保單主要約被保險人檢具要保人身故之相關文件 (含除戶戶籍謄本) 提出申請，受益人身分證明為主要約被保險人的身分證明。

◎ 要保人罹患重大疾病或致第一至三級失能：由要保人依上表所列檢具相關文件提出申請，受益人身分證明為要保人的身分證明。

◎ 95 年 10 月 1 日以後購買之保單，要保人罹患重大疾病或致第一至六級失能，重大燒燙傷：由要保人依上表所列檢具相關文件提出申請，受益人身分證明為要保人的身分證明。

7. 申請骨折津貼或緊急醫療保險金者，可附「X 光片」以確定傷害部位或程度 (X 光片可以隔紙 X 光片 (膠片) 或影投光片方式擇一提供)。

8. 請附「南山人壽安祥健康保險附約」(FIH) 之返還住院保險金者，另具證明影本或檢票影本或足以證明之文件亦可。

9. 失蹤：

(1) 檢失證件應附「法院死亡宣告」判決 (代書死亡證明) 和「受益人同意書」。

(2) 意外失蹤證件另附「意外傷害事故證明文件」和登記失蹤之戶籍謄本 (代書除戶戶籍謄本) 和「受益人同意書」。

10. 受益人每領取「罹患癌症生活補助保險金」逾十二個月者，於本公司給付下一個月「罹患癌症生活補助保險金」前，應檢送可資證明被保險人生存之文件。(如：三十天之內戶籍謄本或診斷證明書)

11. 依南山人壽附約條款約定：因主要約條款給付之各項保險金總額已達給付上開而終止，或主要約被保險人於主要約有效期間內，因被保險人身故，或成主要約條款附表所列失能、罹患重大疾病、特定重大疾病、特定重大傷病、癌症疾病、長期照顧狀態、主要的因地方法院民事執行處或法務部行政執行署執行命令而終止且本附約之無保單價值準備金者，主要的因地方法院民事執行處或法務部行政執行署執行命令而終止且本附約之無保單價值準備金者，主要的因地方法院民事執行處或法務部行政執行署執行命令而終止時，本附約得依本附加條款之約定延續其效力，如要保人與主要約被保險人為同一人，而已身故者，其延續之附約，以該附約之被保險人為該附約之要保人，有關各附約的要保人權利義務之行使，應由各附約的要保人或其法定代理人中，書面委任一人為受任人代為行使，但各附約的要保人得經受任人以書面向本公司申請終止其延續之附約。(詳保單條款內容)

12. 金數機構匯款：

(1) 申請外幣保單時，須填寫與外幣帳戶相同的英文姓名。

(2) 如因不可歸責於本公司之因素致本公司無法匯款時，本公司將於該因素消失後辦理匯款，惟不負延遲責任。

(3) 受益人可附身分證明文件及存摺封面影本，以協助本公司核對匯款作業及確保受益人權益。

13. 倘保險契約繼續執行，且受益人 (即債權人) 申請之保險金屬於強制執行法第 122 條第 2 項規定所稱之「維持債務人及其共同生活之賴用生活所必需者」，債務人得依強制執行法第 12 條規定向法院聲請或聲明異議。

14. 倘理賠調查作業需查詢或調閱相關資料 (例如：病歷、電腦檔案或本案事故資料) 時，服務人員請客戶提供相關授權同意書。

15. 依「全民健康保險扣取及攤納補充保險費辦法」規定，單次給付理賠淨金額，應按規定扣取補充保險費，但具下列身分之一者，於理賠申請時應主動檢附下列文件，可免扣取補充保險費：

(1) 低收入戶：檢附社政機關核定有效期限內之低收入戶證明文件。(利息所得)

(2) 未投保健康險者：非本國人者檢附護照影本，已除籍之本國人者檢附最近 3 個月內戶籍謄明文件。(利息所得)

(3) 中低收入戶成員：檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件。(給付日期於 104 年 1 月 1 日起且單次給付未達基本工資之利息所得)

(4) 中低收入老人、接受生活扶助之弱勢兒童及少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭之受扶助者、符合全民健康保險法第一百條所定之經濟困難者：檢附社政機關核定有效期限內之證明文件。(給付日期於 104 年 1 月 1 日起且單次給付未達基本工資之利息所得)

16. 如有保險金給付或填高本申請書相關問題，請電洽客戶服務專線：0800-020-060 (海外諮詢專線：886-2-8752-2111) 或至本公司網站 (www.nanshanlife.com.tw) 查詢。

<二頁之二>

中華郵政(股)公司 承製

113/01/25

## 聲 明 書

一、立書人全體因南山人壽保險股份有限公司團體險保單號碼第\_\_\_\_\_號保險契約（下稱本件保險契約）被保險人\_\_\_\_\_君（身分證字號：\_\_\_\_\_）於民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日不幸身故。而立書人依本件保險契約之約定，為下列型態中之身故保險金或喪葬費用保險金受益人（請據實勾選）：

甲型：立書人為被保險人戶籍登記(1)配偶(2)子女(3)父母(4)兄弟姐妹(5)祖父母中第\_\_\_\_\_順位之受益人，共\_\_\_\_\_人。

乙型：立書人為勞動基準法所規定受領被保險人死亡補償之遺屬及順位決定本契約之受益人，共\_\_\_\_\_人。

丙型：立書人為民法繼承編所規定被保險人之法定繼承人及順序決定本契約之受益人，共\_\_\_\_\_人。  
（受益人應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定）。

二、立書人全體檢附關係證明文件暨戶籍謄本\_\_\_\_\_份，並聲明暨保證：本聲明書及隨本聲明書所檢附之「受益人系統表」所載內容與事實相符，除所載全體立書人外，絕無其他受益人，立書人全體願共負所有民刑法律責任，與 貴公司無涉，立書人不得再向 貴公司提起任何訴訟上或訴訟外之請求；倘因前開任一事項致 貴公司生有損害，立書人全體並願負連帶賠償責任，特此聲明。

三、履行個人資料保護法告知義務內容：立書人已詳閱並同意 貴公司依個人資料保護法第八條第一項於本聲明書「第二頁」所載履行個人資料保護法告知義務內容。

此致 南山人壽保險股份有限公司

立書人 親自簽名	身分證 字號	生日	與被保險 人之關係	地址	聯絡電話	法定代理人 親自簽名

註：受益人未滿七足歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲（含）以上未成年之限制行為能力者，由本人及法定代理人簽名。

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

南山人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

### 一、蒐集之目的:

- (一)00一人身保險
- (二)0六九契約、類似契約或其他法律關係事務
- (三)0九0消費者、客戶管理與服務
- (四)一八一其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

### 二、蒐集之個人資料類別:

姓名、身分證統一編號、地址、出生年月日、年齡、性別、電話、家庭情形、國籍、家庭其他成員之細節等 台端與本公司業務往來期間所提供或產生任何得以直接或間接方式識別個人之資料或詳如相關契約書、業務申請書、本聲明書等內容所載。

### 三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式:

- (一)期間:本公司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、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司(如有)、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或其他受理消費爭議機構、業務委外機構,與本公司有再保業務往來之公司、保險犯罪防制中心、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。

### 四、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:書面。

### 五、台端不提供個人資料所致權益之影響:

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,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

## 【受益人系統表】

祖父		祖母		祖父		祖母	
存		存		存		存	
歿		歿		歿		歿	
父				母			
存				存			
歿				歿			
兄弟姊妹				被保險人		配偶	
存		存		存		存	
歿		歿		歿		歿	
子或女 (倘有已歿者且有子女者，應確實填載孫子女資料)							
存		存		存		存	
歿		歿		歿		歿	
孫子或孫女							
存		存		存		存	
歿		歿		歿		歿	

✓  
受益人簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

註：受益人未滿七歲或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲〔含〕以上未成年之限制行為能力者，由本人及法定代理人簽名。

## 壽險業病歷、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 貴公司基於客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、追償、申訴及爭議處理、本公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等需要，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、醫療及健康檢查個人資料。

此致

南山人壽保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名：

---

法定代理人簽名：

---

中華民國            年            月            日



\* L D O 7 \*



# 忠倫保險經紀人股份有限公司

## 個人資料及病歷醫療健檢蒐集處理利用同意書

忠倫保險經紀人股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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，敬請 台端詳閱：

### 一、蒐集之目的：

- (一) 保險經紀業務
- (二) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

### 二、蒐集之個人資料類別：

- (一) 姓名
- (二) 身分證統一編號
- (三) 地址
- (四) 要保書、要保文件等其他基於保險契約所提供之個人資料

### 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/被保險人
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
- (三) 當事人之法定代理人、輔助人
- (四) 各醫療院所
- (五) 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：本公司及與本公司簽訂合作推廣契約之保險業者、因辦理保險業務需要之第三方、保險相關公會、財團法人金融消費評議中心、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：以書面之方式行使權利。

### 六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

本公司基於健全保險經紀人業務與保戶服務，台端若未能提供相關個人資料時，本公司將無法提供完善服務。

履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱使無簽署亦不影響告知效力。

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。立同意書人（即被保險人），本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致 忠倫保險經紀人股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



快掃QR code  
安裝南山行動智慧網，掌握更多訊息。

保單號碼 <input type="checkbox"/> 原朝陽人壽保單	(填寫一張有效保單號碼代表即可) GU00008661	與主被保險人/ 員工關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 (倘有區險險、旅行險、家庭型保單請 務必填寫該保單號碼並勾選上列關係)	要保單位名稱: 社團法人中華民國 牙醫師公會全國聯合會
本人於此次理賠申請係一併提出於南山人壽符合理賠項目且可理賠的所有保單;惟因本人之其他因素暫不提出_____保單之申請。				團體 保險
被保險人姓名	身分證統一編號	出生日期	聯絡電話	
王大	A111*****	中華民國 50 年 1 月 1 日		員工/成員姓名 王大
領取 方式	<input type="checkbox"/> 匯款至受益人帳戶 <input type="checkbox"/> 同最近一次理賠帳戶 <input type="checkbox"/> 保險金信託(請檢附保險金信託帳戶資料)			
	<input type="checkbox"/> 匯款至法定代理人帳戶(限未滿二十歲之醫療保險金受益人,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為給付)			
	戶名:	若有多位受益人時, 請提供存摺封面影本	<input type="checkbox"/> 郵局	<input type="checkbox"/> 銀行/合作社/農會
通匯 代碼	帳號	(銀行代號) (分行代號) 由左而右填寫,不足位者請留空不用補0,未填寫或帳戶資料不正確,將以禁止寄書轉讓支票給付		
<input type="checkbox"/> 禁止寄書轉讓加劃平行線支票				
給付 通知 書	保險金給付通知書請以下列編號方式擇一送達,勾選多項時則以編號小的方式送達,若簡訊或 E-MAIL 失敗時,即改以紙本寄發			
	1. <input type="checkbox"/> 以行動電話簡訊通知(含受理簡訊)於南山行動智慧網 App 查閱: <input type="checkbox"/> 同上聯絡電話 另填寫行動電話:			
	2. <input type="checkbox"/> E-MAIL: _____ @ _____			
3. <input type="checkbox"/> 紙本郵寄: <input type="checkbox"/> 縣 市 鄉鎮 市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓之				
事故類別	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病	理 賠 項 目	* 配合保險法修正,殘廢用詞調整為失能,被保險人權益不受用詞調整影響。	
	<input type="checkbox"/> 意外		1. <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 職業災害 2. <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 初次罹患癌症 <input type="checkbox"/> 生命末期提前給付 3. <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 長期照顧 <input type="checkbox"/> 豁免保費 4. <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 完全失能	
		* 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金墊付證明暨債權讓與同意書及其相關證明文件。) <input type="checkbox"/> 否		
意外事故內容 (申請意外理賠時填寫)	<input type="checkbox"/> 與前次事故相同	<input type="checkbox"/> 新事故發生時間: 中華民國 年 月 日 上午 時 分		
	報案日:	處理單位:	承辦人:	電話:
請詳述保險事故發生地點、原因、經過情形、事故時職業及工作內容(如有報案或警方證明文件等,請提供相關資料)				

需險業履行個人資料保護法告知義務內容

南山人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱資保法)第八條第一項、第九條第一項及第六條第二項規定,向您告知下列事項,請您詳閱:  
一、蒐集之目的:(一)00一人身保險(二)0六九契約、類似契約或其他法律關係事務(三)0九0消費者、客戶管理與服務。二、蒐集之個人資料類別:姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查,及與事故經過相關的相關個人資料等(包含本件保險契約於申請本次理賠前「例如於投保或申請與約定變更」非由您直接提供予本公司之個人資料),詳如本申請書及應備文件內容所載。三、個人資料之來源:(一)要保人。(二)您或您的法定代理人、輔助人。(三)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、對象、地區、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、要保單位、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、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費爭議中心或其他受理消費爭議機構、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:上述對象所在地之地區。(四)方式:合於法令規定之利用方式。五、依據資保法第三條規定,您就本公司保有您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.查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.請求補充或更正。3.請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式:書面。六、您不提供個人資料所致權益之影響:若您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,因此可能延遲或無法提供您相關服務或給付。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項

本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。

本人同意 貴公司將本次理賠申請所檢附的檢驗結果證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料進行比對,以確認內容的正確性。

如申請身故/完全失能保險金,因保險單遺失,本人聲明保險單作廢,無須補發。(同意者請勾選,未勾選者視為不同意)

要保單位/保經代簽章  
社團法人中華民國  
牙醫師公會全國聯合會

本人同意上述事項並委任「送件業務員/保險代理人或保險經紀人」(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/資訊由右列受任人轉知予本人。

請務必親自簽名

受益人/委任人簽名: 受益人(為法人)口是口否可發行無記名股票(勾否者,無須填下欄)  
所有受益人簽名  
申請外幣保單,請填寫中英文姓名  
受益人(為法人)口是口否已發行無記名股票  
受益人非中華民國國籍者請註明國

法定代理人/監護人/輔助人簽名: 受益人為未成年或受監護宣告者或補助宣告者時,請填寫。  
倘法定代理人非要保人請另檢附關係證明文件。(如戶口名簿影本等)

申請日期: 中華民國 年 月 日

送件者通路

業務員/業務員代碼: \_\_\_\_\_

收件單位  
受理欄

保經代  
銀行代碼: \_\_\_\_\_  
分行名稱: \_\_\_\_\_  
分行單位代碼: \_\_\_\_\_  
登錄證號碼: \_\_\_\_\_  
聯絡電話: \_\_\_\_\_

其他送件管道  
本人  
親友  
郵寄

送件者/受任人簽名



\* L D O 3 \*

←長之→

★申請各項保險金所需檢附文件及注意事項

一、申請各項保險金所需檢附文件一覽表

申請項目	身故		失能		長期照顧/護理/完全失能生活扶助	生活保險金	重大疾病		豁免保費				醫療			失蹤/意外失蹤	職業災害				
	一般疾病身故	癌症身故	意外身故	完全失能			部分失能/重大燒燙傷	重大疾病/首次罹患癌症	生命末期提前給付	罹患癌症生活補助保險金	要保人				創傷縫合/虛置保險金		手術醫療/出院療養/傷害醫療/住院醫療/癌症醫療	骨折津貼(P&B/DH)	死亡給付	失能給付	傷病給付(醫療期間不能工作之責備)
											疾病身故	意外身故	第一至六級失能 95.10.01 以後投保	第一至二級失能							
保險金申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
死亡證明書	✓	✓															✓	✓			
相驗屍體證明書																					
被保險人之除戶戶籍謄本	✓	✓	✓																		
受益人身分證明	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
外幣存款帳號之證明文件(外幣保單適用)	✓	✓	✓	✓																	
診斷證明書/失能診斷書				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓		
收據和費用明細表														✓							
病理組織切片報告/相關檢驗報告		✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
意外傷害事故證明文件(如 X 光片)			✓	✓	✓																
救護車緊急醫療運送之證明文件																					
被保險人之生存證明文件					✓			✓													
勞工保險給付收據影本																		✓	✓		
巴氏量表(Barthel Index)或臨床失智評分量表(CDR)或簡易智能測驗(MMSE)或其他專業評量表					✓																

二、注意事項

- 本申請書須詳填各項欄位並由受益人簽名，有關受益人定義說明如下：
  - 申請醫療、重大疾病或失能保險金，受益人為事故人本人。
  - 申請身故保險金，受益人係指保險單所載之身故受益人，身故受益人不只一人時，均須簽名或各填寫一份。
    - ※受益人為未滿七歲之未成年者，由其法定代理人代為簽名及法定代理人簽名。
    - ※受益人為七歲(含)以上未滿二十歲之限制行為能力者，由受益人及其法定代理人簽名。
    - ※受益人如為受監護宣告者，由其監護人代為簽名，及監護人簽名。受益人如為受輔助宣告者，由受益人及輔助人共同簽名。
    - ※應簽名者為不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替，但須二位見證人同時簽名。
    - ※應簽名者為雙手截肢可以蓋章代替，亦須二位見證人同時簽名。
- 身故之死亡原因為「解剖鑑定中」者，受益人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 申請完全失能之被保險人如為精神障礙或心智缺陷致不能為意思表示或受意思表示、不能辨識其意思表示之效果、或上開能力顯有不足者，請附法院宣告監護或宣告輔助之裁定。
- 申請子女或配偶或團體之身故/完全失能保險金不需檢附保險單。
- 豁免保費：(1)被保險人發生豁免保費事故，由被保險人提出申請，除上表所列須檢附文件外，倘因重大疾病(含癌症)申請者須另附病理組織切片報告/相關檢驗報告。  
 (2)要保人投保「南山人壽要保人豁免保險費附約」、「南山人壽要保人豁免保險費批註條款」(WPP)及「南山人壽要保人豁免保險費附約」(WOP)，要保人發生豁免保費事故時：
  - 要保人身故：由該保單主契約被保險人檢具要保人身故之相關文件(含除戶戶籍謄本)提出申請，受益人身分證明為主契約被保險人的身分證明。
  - 要保人罹患重大疾病或致成第一至三級失能：由要保人依上表所列檢具相關文件提出申請，受益人身分證明為要保人的身分證明。
  - 95年10月1日以後購買之保單，要保人罹患重大疾病或致成第一至六級失能、重大燒燙傷：由要保人依上表所列檢具相關文件提出申請，受益人身分證明為要保人的身分證明。
- 申請骨折津貼或傷害醫療保險金者，可附「X光片」以確定傷害部位或程度。
- 請求「南山人壽安祥健康保險附約」(FH)之返國住院保險金者，另具護照影本或機票影本或足以證明之文件亦可。
- 失蹤：(1)一般失蹤應附「法院死亡宣告」判決(代替死亡證明)和「受益人同意書」。  
 (2)意外失蹤應另附「意外傷害事故證明文件」和登記失蹤之戶籍謄本(代替除戶戶籍謄本)和「受益人同意書」。
- 受益人每領取「罹患癌症生活補助保險金」達十二個月者，於本公司給付下一個月「罹患癌症生活補助保險金」前，應檢送可資證明被保險人生存之文件。(如：三十天內之戶籍謄本或診斷證明書)
- 依南山人壽附約延續附加條款約定：因主契約累計給付之各項保險金總額已達給付上限而終止，或主契約被保險人於主契約有效期間內，因被保險人身故、致成主契約條款附表所列失能、罹患重大疾病、特定重大疾病、特定重大傷病、癌症疾病、長期照顧等情形致主契約終止時，本附約得依本附加條款之約定延續其效力。如要保人與主契約被保險人為同一人，而已身故者，其延續之附約，以各該附約之被保險人為該附約之要保人，有關各附約要保人權利義務之行使，應由各附約要保人或其法定代理人中，書面委任一人為受任人代為行使，但各附約要保人得經受任人以書面向本公司申請終止其延續之附約。(詳保單條款內容)
- 金融機構匯款：(1)申請外幣保單時，須填寫與外幣保單帳戶相同的英文姓名，並需檢附外幣存款帳號之證明文件。  
 (2)如因不可歸責於本公司之因素致本公司無法匯款時，本公司將於該因素消失後辦理匯款，惟不負延遲責任。  
 (3)受益人可附身分證明文件及存摺封面影本，以協助本公司核對匯款作業及確保受益人權益。
- 倘保險契約遭強制執行，且受益人(即債務人)申請之保險金屬於強制執行法第122條第2項規定所稱之「係維持債務人及其共同生活之親屬生活所必需者」，債務人得依強制執行法第12條規定向法院聲請或聲明異議。
- 倘理賠調查作業需查詢或調閱相關資料(例如：病歷、電腦檔案或本案事故資料)時，服務人員將請客戶提供相關授權同意書。
- 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」規定，單次給付理賠延滯息，應按規定扣取補充保險費，但具下列身分之一者，於理賠申請時應主動檢附下列文件，可免扣取補充保險費：
  - 低收入戶：檢附社政機關核定有效期限內之低收入戶證明文件。(利息所得)
  - 未投保健保者：非本國人者檢附護照影本、已除籍之本國人者檢附最近3個月內戶籍證明文件。(利息所得)
  - 中低收入戶成員：檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件。(給付日期於104年1月1日起且單次給付未達基本工資之利息所得)
  - 中低收入老人、接受生活扶助之弱勢兒童與少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭之受扶助者、符合全民健康保險法第一百條所定之經濟困難者：檢附社政機關核定有效期限內之證明文件。(給付日期於104年1月1日起且單次給付未達基本工資之利息所得)
- 如有保險金給付或填寫本申請書相關問題，請電洽客戶服務專線：0800-020-060(海外諮詢專線：886-2-8752-2111)或至本公司網站(www.nanshanlife.com.tw)查詢。

## 聲明書

一、立書人全體因南山人壽保險股份有限公司團體險保單號碼第\_\_\_\_\_號保險契約（下稱本件保險契約）被保險人\_\_\_\_\_君（身分證字號：\_\_\_\_\_）於民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日不幸身故。而立書人依本件保險契約之約定，為下列型態中之身故保險金或喪葬費用保險金受益人（請據實勾選）：

甲型：立書人為被保險人戶籍登記(1)配偶(2)子女(3)父母(4)兄弟姐妹(5)祖父母中第\_\_\_\_\_順位之受益人，共\_\_\_\_\_人。

乙型：立書人為勞動基準法所規定受領被保險人死亡補償之遺屬及順位決定本契約之受益人，共\_\_\_\_\_人。

丙型：立書人為民法繼承編所規定被保險人之法定繼承人及順序決定本契約之受益人，共\_\_\_\_\_人。  
（受益人應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定）。

二、立書人全體檢附關係證明文件暨戶籍謄本\_\_\_\_\_份，並聲明暨保證：本聲明書及隨本聲明書所檢附之「受益人系統表」所載內容與事實相符，除所載全體立書人外，絕無其他受益人，立書人全體願共負所有民刑法律責任，與 貴公司無涉，立書人不得再向 貴公司提起任何訴訟上或訴訟外之請求；倘因前開任一事項致 貴公司生有損害，立書人全體並願負連帶賠償責任，特此聲明。

三、履行個人資料保護法告知義務內容：立書人已詳閱並同意 貴公司依個人資料保護法第八條第一項於本聲明書「第二頁」所載履行個人資料保護法告知義務內容。

此致 南山人壽保險股份有限公司

立書人親自簽名	身分證字號	生日	與被保險人之關係	地址	聯絡電話	法定代理人親自簽名
張小華	A222*****	550101	配偶	台北市*****	0933*****	
王華	A111*****	700202	子女	台北市*****	0932*****	

註：受益人未滿七足歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲（含）以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

南山人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

### 一、蒐集之目的:

- (一) 00 一人身保險
- (二) 0六九契約、類似契約或其他法律關係事務
- (三) 0九0 消費者、客戶管理與服務
- (四) 一八一 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

### 二、蒐集之個人資料類別:

姓名、身分證統一編號、地址、出生年月日、年齡、性別、電話、家庭情形、國籍、家庭其他成員之細節等 台端與本公司業務往來期間所提供或產生任何得以直接或間接方式識別個人之資料或詳如相關契約書、業務申請書、本聲明書等內容所載。

### 三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式:

- (一) 期間: 本公司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、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司(如有)、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或其他受理消費爭議機構、業務委外機構,與本公司有再保業務往來之公司、保險犯罪防制中心、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。

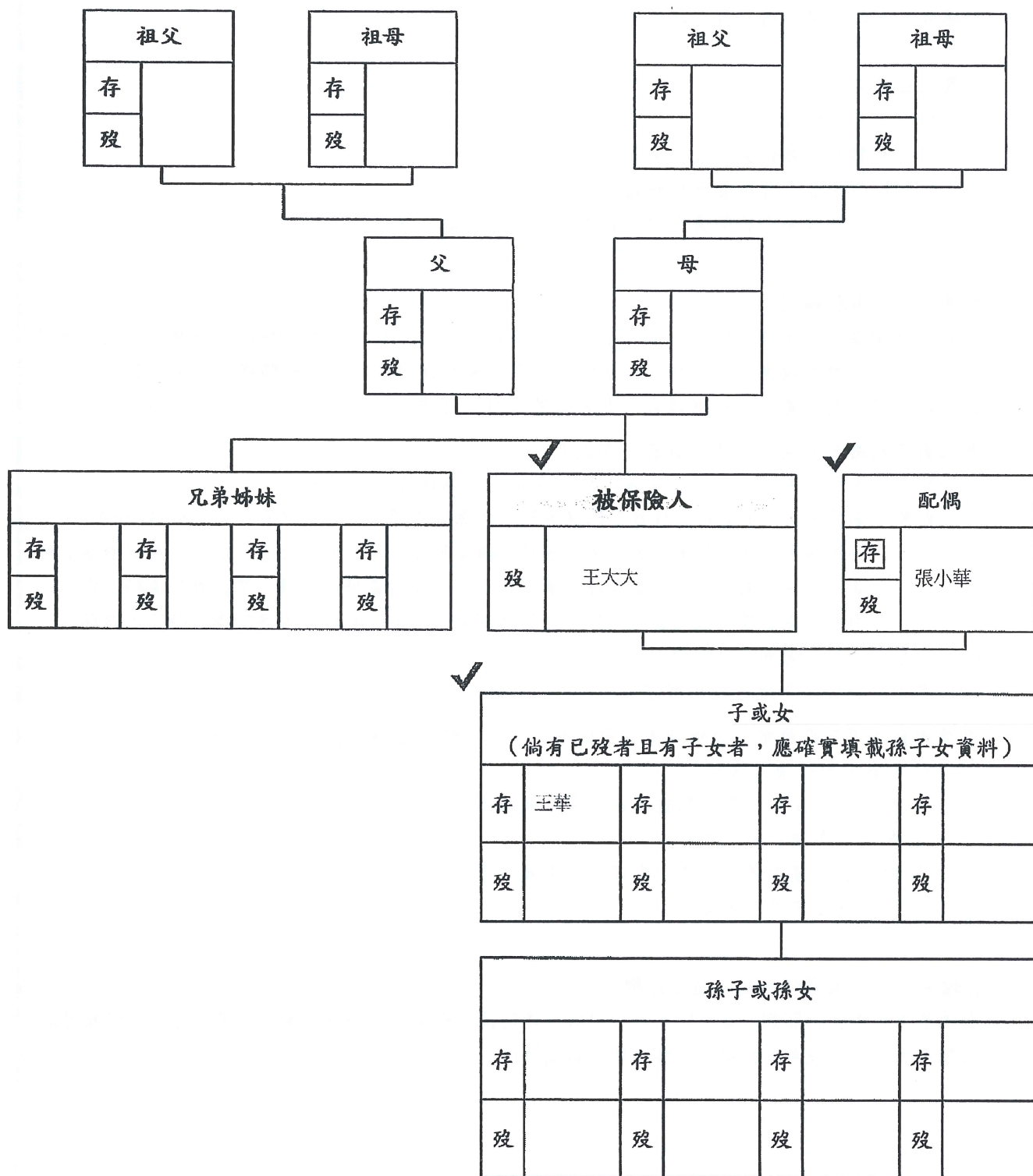
### 四、依據個資法第三條規定,台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (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: 書面。

### 五、台端不提供個人資料所致權益之影響:

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,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

### 【受益人系統表】



張小華+章

所有受益人簽+章

受益人簽名：王華+章

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

註：受益人未滿七足歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲〔含〕以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。



南山人壽

## 壽險業病歷、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 貴公司基於客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、追償、申訴及爭議處理、本公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等需要，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、醫療及健康檢查個人資料。

此致

南山人壽保險股份有限公司



立同意書人(即被保險人)簽名： 所有受益人簽+章

法 定 代 理 人 簽 名： \_\_\_\_\_

中華民國                      年                      月                      日



**忠倫保險經紀人股份有限公司**  
**個人資料及病歷醫療健檢蒐集處理利用同意書**

忠倫保險經紀人股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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，敬請 台端詳閱：

**一、蒐集之目的：**

- (一) 保險經紀業務
- (二) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

**二、蒐集之個人資料類別：**

- (一) 姓名
- (二) 身分證統一編號
- (三) 地址
- (四) 要保書、要保文件等其他基於保險契約所提供之個人資料

**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/被保險人
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
- (三) 當事人之法定代理人、輔助人
- (四) 各醫療院所
- (五) 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：本公司及與本公司簽訂合作推廣契約之保險業者、因辦理保險業務需要之第三方、保險相關公會、財團法人金融消費評議中心、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：以書面之方式行使權利。

**六、台端不提供個人資料所致權益之影響：**

本公司基於健全保險經紀人業務與保戶服務，台端若未能提供相關個人資料時，本公司將無法提供完善服務。

履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱使無簽署亦不影響告知效力。

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。立同意書人（即被保險人），本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致 忠倫保險經紀人股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：張小華+章 王華+章

所有受益人簽+章  
法定代理人簽名：

中 華 民 國 年 月 日



附件三



中倫集團

忠倫保險經紀人股份有限公司  
CHUNGLUN INSURANCE BROKER CO., LTD.

CHUNG LUN

保險部

陳盈潔

財產保險業務員資格測驗合格

人身保險業務員資格測驗合格

地址：10446台北市中山區民生東路一段54號12樓

電話：(02)2562-6998#815 傳真：(02)2562-6996

E-mail：chunglun@chunglun.com 統一編號：53527171

榮譽 · 責任 · 誠信 · 專業 · 服務 · 創新

中華民國牙醫師公會全國聯合會-南山人壽團保理賠明細112年3月起(近兩年)

NO	公會別	NAME	險別	發生日	付款金額	收訖日	給付日
1	高雄市	劉欽亮	定期團體壽險	112/03/21	100,000	112/03/31	112/08/01
2	新北市	陳豪盛	定期團體壽險	112/04/19	100,000	112/12/27	113/01/05
3	彰化縣	林順	定期團體壽險	112/05/13	100,000	112/07/20	112/07/28
4	新北市	黃福富	定期團體壽險	112/05/15	100,000	112/09/18	112/09/28
5	高雄市	蔡伯榕	定期團體壽險	112/05/27	100,000	112/06/12	112/06/27
6	台北市	賴俊憲	定期團體壽險	112/06/11	100,000	112/07/10	112/07/17
7	桃園市	黃志成	定期團體壽險	112/06/13	100,000	113/03/28	113/04/12
8	新北市	辛爾修	定期團體壽險	112/06/14	100,000	112/07/28	112/08/07
9	台北市	范振洪	定期團體壽險	112/07/03	100,000	112/08/17	112/08/28
10	台南市	蘇平祥	定期團體壽險	112/07/04	100,000	112/07/27	112/08/11
11	彰化縣	陳偉洲	定期團體壽險	112/07/05	100,000	112/07/27	112/08/14
12	台北市	張瑩瑩	定期團體壽險	112/08/07	100,000	113/04/12	113/04/23
13	大台中	蔡鼎生	定期團體壽險	112/08/14	100,000	112/09/19	112/11/03
14	高雄市	鄭世寶	定期團體壽險	112/09/28	100,000	112/10/27	112/11/08
15	新北市	謝佳晃	定期團體壽險	112/10/12	100,000	112/11/14	112/11/27
	新北市	謝佳晃	意外傷害保險	112/10/12	100,000	112/11/14	112/11/27
	屏東縣	林崇群	定期團體壽險	112/10/18	尚未完成	113/05/24	
16	高雄市	黃啟洲	定期團體壽險	112/10/23	100,000	113/01/11	113/01/22
	宜蘭縣	李欣育	定期團體壽險	112/11/10	尚未完成	113/02/02	
17	台北市	賴向華	定期團體壽險	112/11/19	100,000	112/12/25	112/12/29
18	台北市	張鴻政	定期團體壽險	112/12/10	100,000	113/02/15	113/02/20
19	台北市	曾婉清	定期團體壽險	112/12/12	100,000	113/02/29	113/05/21
20	大台中	江政輝	定期團體壽險	112/12/14	100,000	113/02/20	113/04/01
21	台北市	張燕清	定期團體壽險	112/12/19	100,000	113/04/18	113/04/28
22	嘉義市	林惠政	意外傷害保險	112//12/25	200,000	113/01/26	113/03/15
23	高雄市	蔡信杰	定期團體壽險	113/01/15	100,000	113/02/17	113/02/22
24	高雄市	孫清	定期團體壽險	113/01/23	100,000	113/02/19	113/03/15
25	桃園市	范揚錦	定期團體壽險	113/01/27	100,000	113/08/19	113/09/09
26	台北市	呂子銘	定期團體壽險	113/01/28	100,000	113/03/25	113/04/08
27	苗栗縣	陳凌鵬	定期團體壽險	113/01/29	100,000	113/03/20	113/05/08
28	高雄市	邱丕霞	定期團體壽險	113/02/06	100,000	113/05/03	113/05/21
29	高雄市	徐文俊	定期團體壽險	113/02/11	100,000	113/03/15	113/03/22
30	台北市	楊明德	定期團體壽險	113/02/15	100,000	113/10/24	113/11/18
31	高雄市	王佑誠	定期團體壽險	113/03/19	50,000	113/06/06	113/06/11
32	新北市	陳安然	定期團體壽險	113/04/29	100,000	113/08/21	113/09/02
33	台北市	賴志毅	定期團體壽險	113/05/04	100,000	113/06/20	113/06/24
34	新北市	石恩慈	定期團體壽險	113/05/14	100,000	113/06/20	113/07/11
	新北市	石恩慈	意外傷害保險	113/05/14	100,000	113/06/20	113/07/11
35	高雄市	陳子修	定期團體壽險	113/08/25	100,000	113/09/23	113/09/30
36	苗栗縣	劉春明	定期團體壽險	113/09/28	100,000	113/10/28	113/11/14
37	新北市	原所奎	定期團體壽險	113/11/09	100,000	113/12/04	114/01/07
	屏東縣	吳振發	定期團體壽險	113/11/22	處理中	114/02/24	
38	新北市	吳志維	定期團體壽險	114/01/10	100,000	114/02/06	114/02/23
	新竹市	沈文彬	定期團體壽險	114/02/08	處理中	114/02/21	