

學校承辦人章： 受理章/記錄欄	保險公司團保部 受理章收件	理賠單位受理章
※申請各項保險金應檢附文件及注意事項，敬請詳閱背面說明。		
申請項目	01 ☐ 身故給付 (Death Insurance) 02 ☐ 重大燒燙傷 (Severe burns Insurance) 03 ☐ 殘廢給付 (Disability Insurance) 04 ☒ 醫療給付 (Medical Insurance) 05 ☐ 其它給付 (Other) _____	
事故者資料	要保單位 (學校名稱)： 高雄大學	
	事故者身分證號碼(ID Card No)： <u>A123456789</u> <u>XX</u> 系所： <u>XX</u> 年級 <u>XX</u> 班學號： <u>XXXXXX</u> (Name of Department)	
	事故者姓名 (Name of Insured)	出生日期 (Date of Birth)
	事故者聯絡住址 (Correspondence Address)	事故者手機 (Call Phone No)
		住所聯絡電話 (Tel No)
事故原因	事故種類： ☐ 疾病(Illness) 就診身分： ☒ 健保 ☐ 自費 ☒ 意外(Accident)	
	就診時間： 醫療院所：	
	診斷病名： 事故時間： 102 年 8 月 7 日 下午14 時 (Period of the Accident)	
	是否痊癒： ☐ 是 ☐ 否 事故地點： ☐ 自家 ☐ 職場 ☒ 其他：	
給付方式	是否曾經或正向其它保險公司申請理賠： ☐ 否 ☐ 是 原因及經過情形： (Happen & Describe) 騎車摔倒	
	保險公司名稱：	
	處理單位： 分局	
	員警姓名： 電話：	
聲明事項	1. ☒ 匯款(請附上受益人存摺影本辦理) 2. ☐ 支票(禁止背書轉讓之劃線支票) 郵寄地址 _____	
	※若有取消支票禁止背書轉讓需求，請另附支票變更申請書並驗證受益人身分後始予受理此項作業，支票金額逾五萬元者，請受益人親臨本公司櫃檯辦理取消支票禁止背書轉讓作業。	
	要保單位 (學校) 簽章欄 	
	要保單位 校長(代表人)	
1. 遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)為執行理賠作業需要，於理賠作業期間得蒐集、處理或利用聲明人的姓名、出生年月日、國民身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查，或其他得以直接或間接方式識別該聲明人之電腦資料及書面資料，並限於台灣地區利用前述資料。 2. 聲明人已知悉如果不同意上述事項，遠雄人壽於受理理賠申請時，將可能因無法進行審核而無法履行保險責任。		
聲明人(受益人)簽名： 法定代理人簽名： <u>王 大 牛</u> (醫療保險金受益人為事故者本人) <u>王 大 牛</u> (受益人為未成年人或受監護宣告人需填寫)		
申請日：中華民國 年 月 日 (※若未填寫，以本公司受理當日為申請日)		

※本申請書請申請人逐項填寫，紅框部份請務必填寫，以利理賠服務。