

保險金申請書

보험금 청구서

掃描右方 QR-code，掌握更多訊息。
 南山人壽 LINE 南山人壽 APP，
 오른쪽의 QR-code 를 스캔하면 더 자세한 정보를 조회할 수 있습니다.
 南山생명보험 LINE 南山생명보험 APP，



保單號碼 보험증서 번호 ☐ 原朝陽人壽保單 ☐ 前 차오양생명보험 보험증서		本次申請範圍為 ☐ 個人保單 ☐ 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合理賠要件且可理賠之保單） 이번 신청 범위는 ☐ 개인보험 ☐ 보험증서의 단체 보험 ☐ 여행안전보험이며 다음 관련 기입란을 기입해 주십시오(체크하지 않으면 모든 보험금 지급 요건에 부합하고 보험금 지급이 가능한 보험증서를 전부 신청한 것으로 간주합니다)	
個人保險： 개인 보험：		旅平險： 여행안전 보험：	
(填寫一張有效保單號碼代表即可) (유효한 보험증서 번호 하나만 입력하면 됩니다)		(填寫一張有效保單號碼代表即可) (유효한 보험증서 번호 하나만 입력하면 됩니다)	
團體保險： 단체 보험：		要保單位名稱： 보험 계약업체 명칭：	
保戶編號： 保單號碼： 保單號碼：		保戶編號： 保單號碼： 保單號碼：	
員工(成員)姓名： 員工(成員)工號： 직원(멤버) 이름：		員工(成員)工號： 직원(멤버) ID：	
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) 주피보험자/단체 보험 직원(멤버)와의 관계 ☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 자녀 ☐ 부모(가족형 보험증서는 반드시 보험증서 번호를 기입하고 상술한 관계에 체크해야 함)			
被保險人姓名 피보험자 이름		身分證統一編號 신분증 통일 번호	
出生日期 생년월일		聯絡電話 연락처	
中華民國 年 月 日 년 월 일		中華民國 年 月 日 년 월 일	
聯絡地址：□□□-□□□□ 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓 之 연락주소: □□□-□□□□ 현시 향진시구 촌리 도로 단 향 농 호 동 의			
☐ 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) ☐ 이전 보험금 지급 계좌와 동일함(송금 은행： ☐) ☐ 수익자 계좌로 송금 ☐ 보험금 신탁(보험금 신탁 계좌 정보를 동봉하십시오) ☐ 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) ☐ 법정 대리인 계좌로 송금(미성년자의 의료 보험금 수익자로 제한함. 당사가 대금을 법정 대리인의 계좌로 송금할 때, 수익자가 본인에게 지급하는 것에 동의한 것으로 간주됨)			
戶名： 若有多位受益人時，請提供存摺封面影本 수익자가 여러 명일 경우 예금 통장 표지 복사본을 제공하십시오		□郵局 □銀行／合作社／農會 □ 우체국 □ 은행/합작사/농회	
通匯代碼 송금 (銀行代號)		分行 지점 분사 지사 辦事處 사무소	
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，將以禁止背書轉讓支票給付 좌측에서 우측으로 기입하며, 자리가 남으면 비어두고 0 을 기입하지 마십시오. 기입하지 않거나 계좌 정보가 올바르게 없으면 배서 금지 양도 수표로 지급됩니다			
□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： □외화 계좌(외화 보험증서에 한해 사용)(상기 계좌가 외화 계좌일 경우, 송금 편의를 위해 계좌의 영어 이름을 별도로 제공하십시오), 영어 이름：			
□禁止背書轉讓支票(支票金額超過新臺幣 20 萬元時加劃平行線) □ 배서 금지 양도 수표(수표 금액이 TWD 20 만 이상이면 平行선을 그으십시오)			
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 보험금 지급 통지서는 아래 방식 중 하나를 택해 송달하며, 동시에 여러 항목에 체크한 경우 우선적으로 문자메시지 방식으로 송달합니다. 만약 문자메시지, 이메일 발송에 실패하거나 아무 것에도 체크하지 않았을 경우 우편 형식으로 연락 주소로 종이 문서를 보냅니다.			
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) 1. ☐ 휴대폰 문자메시지로 통지： ☐ 상기 연락번호로 연락 ☐ 다른 휴대폰 번호를 추가로 기입：			
2. ☐ E-MAIL： @ 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。 귀하는 또한 우측 상단의 QR code 를 스캔하여南山생명보험 LINE 공식 계정을 방문한 다음 구독하고南山생명보험 회원을 바인딩하면 개인 서비스를 이용할 수 있습니다.			
申請類別 신청 유형		申請項目 신청 항목	
☐ 疾病 ☐ 질병 ☐ 意外 ☐ 상해		* 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。 * 보험법과 결부해 수정하며 불구라는 용어를 신체능력상실로 조정함. 피보험인 권익은 용어 조정의 영향을 받지 않음. 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 1. ☐ 의료 ☐ 외래 진료 ☐ 산업재해 2. ☐ 중대 질병 ☐ 최초의 악성 종양 ☐ 생명 말기 사전 지급 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 3. ☐ 중대 화상 ☐ 장기 돌봄 ☐ 보험료 면제 4. ☐ 사망 ☐ 신체능력 완전/부분 상실 5. ☐ 차액 지급 증명 ☐ 기타 * 職業災害要保單位是否已先行給付應付之保險金？ * 산업재해 보험 계약업체가 이미 미지급 보험금을 대신 지불했습니까? □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 □예(산업재해 보상금 대신 지급 증명서 및 채권 양도 동의서와 기타 관련 증명 문서를 제공하십시오) □아니오	

意外事故內容 우발사고 내용 (申請外理時填寫) (우발 보험금 지급 청구 시 기입)	☐ 與前次事故相同 ☐ 이전 사고와 동일	☐ 新事故發生時間：中華民國 年 月 日 時 分 ☐ 신규 사고 발생시간: 년 월 일 시 분				
	報案日： 신고일:	處理單位： 처리기관:	承辦人： 담당자:	電話： 연락처:		
	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） 보험 사고의 발생 장소, 원인, 경과와 상황, 사고 당시의 직업과 업무 내용(사건을 신고했거나 경찰 측의 증명 문서 등이 있는 경우 관련 서류를 제공)을 자세히 기입하십시오.					

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容
생명보험업 개인정보 보호법 고지 의무 이행 내용

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：
난산생명보험주식유한회사(이하 당사로 약칭)는 개인정보 보호법(이하 개인정보법으로 약칭) 제 8 조 제 1 항, 제 9 조 제 1 항 및 제 6 조 제 2 항 규정에 따라 귀하에게 다음 사항을 고지합니다.
자세히 읽으십시오:

一、搜集之目的：（一）0 0 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專案或組織章程所定之業務。二、搜集之個人資料類別：姓名、位址、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查證個人資料等(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檔內容所載。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、物件、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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、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、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理機關。（三）地區：上述物件所在之地區。（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、請求閱覽或請求制給複製本。2.請求補充或更正。3.請求停止搜集、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或本公司另有規定外，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致權益之影響：您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您相關服務或給付。

1. 수집 목적: (1) 001 인신 보험 (2) 069 약정, 유사 약정 또는 기타 법률 관련 업무 (2) 090 소비자, 고객 관리 및 서비스 (4) 181 기타 경영을 위한 영업등록 항목 또는 조직 정관에 규정된 업무
2. 수집하는 개인정보 유형: 이름, 주소, 연락처, 신분증 통일 번호, 생년월일, 직업, 이메일, 금융기구 계좌 및 병력, 의료, 건강 검사, 사고 경과와 관련하여 조사한 개인정보 등(본 보험 약정에 근거하여 이면 보험금 지급을 청구하기 전 「예를 들어 보험 가입 또는 약정 변경을 신청하기 전」에 귀하가 당사에 직접 제공하지 않은 개인정보를 포함함). 구체 내용은 본 신청서와 구비서류의 내용에 기재된 바와 같습니다. 3. 개인정보 출처: (1) 보험 계약자, (2) 귀하 또는 귀하의 법정 대리인, 보조자, (3) 당사의 각항 업무 내에서 왕래를 위탁한 제 3 자. 4. 개인정보의 이용 기간, 대상, 지역, 방식: (1) 기간: 업무 집행에 꼭 필요하며 법령 규정에 따라 보관해야 하는 기간. (2) 대상: 당사, 보험 계약업체, 중화민국 생명보험 상업동업공회, 중화민국 재산보험 상업동업공회, 재단법인 보험사업 발전센터, 재단법인 금융결제 및 범죄예방센터, 재단법인 금융소비자보호센터 또는 기타 소비자분쟁 처리기구, 업무 외부위탁기구, 업무협력기구, 당사와 재보험 업무 왕래가 있는 업체, 법에 의거해 조사권을 가진 기관 또는 금융감독기관. (3) 지역: 상술한 대상의 소재지역. (4) 방식: 법령 규정에 부합하는 이용 방식. 5. 개인정보법 제 3 조 규정에 근거해, 당사가 보유한 귀하의 개인정보에 관해 귀하가 행사하는 권리 및 방식: (1) 당사에 행사해야 하는 권리: (1) 조회, 복사본 열람 청구 및 제작 청구. (2) 보충 또는 수정할 것을 청구. (3) 수집, 처리 또는 이용을 정지할 것을 청구하며 삭제를 청구함. 2) 권리 행사 방식: 전화로 개인정보를 조회하는 방식을 제외하고, 당사에 별도의 규정이 있지 않은 한 권리 행사 방식은 서면 내용을 기준으로 함. 이의가 있는 경우 당사의 고객센터 0800-020-060 로 연락하면 당사가 협조해 관련 청구를 처리해 드립니다. 6. 귀하가 개인정보를 제공하지 않을 경우 권리에 대한 영향: 귀하가 관련 개인정보를 제공하지 않으면 당사는 필요한 심사 및 처리 작업을 연기하거나 진행할 수 없을 가능성이 있으며, 이로 인해 귀하에게 관련 서비스 또는 지급을 연기하거나 제공하지 못할 가능성이 있습니다.

病歷、醫療及健康檢查等個人資料搜集、處理及利用同意事項
병력, 의료 및 건강검진 등 개인정보의 수집, 처리 및 이용에 관한 동의 사항

本人(被保險人)同意貴公司得搜集、處理及利用本人相關之病歷、醫療及健康檢查等個人資料
본인(피보험자)은 귀사가 본인의 병력, 의료 및 건강 검진 등과 관련된 개인정보를 수집, 처리 및 이용하는 것에 동의합니다.

本人同意 貴公司將本次理賠申請所檢附的自驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報資料進行比對，以確認內容的正確性。
본인은 귀사가 이번 보험금 지급 청구에 동봉된 사체검사 증명서(또는 사망증명서)를 관련 기구의 사망 통보 시스템 정보와 비교하여 내용의 정확성을 확인하는 것에 동의합니다.

要保單位／保經代簽章 보험 계약업체 / 보험 대리업체 날인

請務必親自簽名 반드시 직접 명해야 합니다	本人同意上述事項，並同意 貴公司得將理賠申請相關檔／資訊由右列送件人轉知予本人。 본인은 상술한 사항에 동의하며, 귀사가 보험금 지급 청구와 관련된 문서정보를 우측 열거된 송달인을 통해 본인에게 전달하는 것에 동의합니다.	
	立書人(即被保險人)/受益人簽名： 작성자(피보험자) / 수익자 서명:	受益人(為法人)是否可發行無記名股票 수익자(법인)의 무기명주식 발행 가능 여부 (勾否者，無須填下題) (아니오에 체크한 경우 다음 항목을 기입하지 않아도 됨) 受益人(為法人)是否已發行無記名股票 수익자(법인)의 무기명주 식 발행 여부 受益人(非中華民國籍者請註明國籍 수익자가 중화민국 국적자가 아닌 경우 국적을 명시해 주십시오
	法定代理人/監護人/輔助人簽名： 법정 대리인/후견인/보조자 서명:	受益人為未成年或受監護宣告、輔助宣告者時，請填寫。 수익자가 미성년자이거나 후견, 보조를 선언한 대상자인 경우 기입하십시오。 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) 법정 대리인이 보험 계약자가 아닌 경우 관계 증명서를 별도로 제부하십시오。(예: 호구명부 사본 등)
	申請日期：中華民國 年 月 日 신청날짜: 년 월 일	

送件人通路 송달인 통로	收件單位 수취기관
☐ 業務員／業務員代碼： ☐ 영업원 / 영업원 코드:	受 理 欄 접수란
☐ 保經代 ☐ 보험 대리업체 銀行代碼： 은행 코드: 分行名稱： 지점 명칭: 分行單位代碼： 지점 기구 코드: 登錄證號碼： 등록증 번호:	其他送件管道 기타 송달 루트 ☐ 本人 ☐ 본인 ☐ 親友 ☐ 친척과 지인 ☐ 郵寄 ☐ 우편
聯絡電話： 연락처:	

★申請各項保險金所需檢附文件及注意事項
 ★ 각항 보험금 청구에 필요한 동봉 문서 및 주의사항

一、申請各項保險金所需檢附文件一覽表
 1. 각항 보험금 청구에 필요한 첨부 문서 일람표

具備文件 구비 서류	身故 사망				失能 신체능력 상실		長期照顧保險金 장기돌봄 보험금	生活保險金 생활보험금	重大疾病 重大 질병		豁免保費 보험료 면제				醫療 의료		失蹤/意外失蹤 실종/의외失蹤	職業災害 職業 재해				
	일반사망	암으로 인한 사망	癌症身故	意外身故	完全失能	일부 신체능력 상실 / 重大燒燙傷			生命末期提前給付	생명 말기 사전 지급	重大疾病 / 首次罹患癌症	중대 질병 최초의 발생 종류	被保險人 피보험자	要保人 보험 계약자				傷害醫療 / 住院醫療 / 癌症醫療 상해 의료 / 입원 의료 입원 의료	手術醫療 / 出院療養 / 手術 의료 / 出院療養	創傷縫合處置保險金 긴급 의료 이송 보험금	緊急醫療運送保險金 긴급 의료 이송 보험금	死亡給付
申請專案 신청 항목	일반사망	암으로 인한 사망	癌症身故	意外身故	完全失能	일부 신체능력 상실 / 重大燒燙傷	生命末期提前給付	생명 말기 사전 지급	重大疾病 / 首次罹患癌症	중대 질병 최초의 발생 종류	被保險人 피보험자	要保人 보험 계약자	第一至六級失能(95.10.01以後投壽險) 第一至三級失能(95.10.01以後) 第一至三級失能(95.10.01以後) 第一至三級失能(95.10.01以後)	重大疾病	重大燒燙傷	傷害醫療 / 住院醫療 / 癌症醫療	手術醫療 / 出院療養 / 手術 의료 / 出院療養	創傷縫合處置保險金 긴급 의료 이송 보험금	緊急醫療運送保險金 긴급 의료 이송 보험금	死亡給付	失能給付	傷病給付 (醫療期間不能工作之工資補償) 부상 지급의료기간에 일할 수 없는 데 대한 급여 보상
保險金申請書 보험금 청구서	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
死亡證明書 사망증명서	✓	✓									✓								✓	✓		
相驗屍體證明書 사체검사 증명서			✓									✓										
被保險人之除戶戶籍謄本 피보험자의 호적을 제거한 호적등본	✓	✓	✓																✓			
受益人身分證明 수익자 신분 증명	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
診斷證明書 / 失能診斷書 진단증명서 / 신체능력상실 진단서					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
收據和費用明細表 (註) 영수증과 비용 명세서(주)																✓ (團險) (단체 보험)						
病理組織切片報告 / 相關檢驗報告 병리조직절편 보고서		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓								
意外傷害事故證明文件 (如 X 光片) 우발 상해 사고 증명 문서(예: X 선 사진)			✓	✓	✓							✓	✓		✓	✓		✓	✓			
救護車緊急醫療運送之證明文件 구급차 긴급 의료 이송 증명 문서																	✓					
被保險人之生存證明文件 피보험자의 생존 증명 문서						✓	✓		✓													
勞工保險給付收據影本 노동자 보험 지급 영수증 사본																			✓	✓	✓	
巴氏量表 (Barthel Index) 或臨床失智評分量表 (CDR) 或簡易智慧測驗 (MMSE) 或其他專業評量表 바델지수(Barthel Index) 또는 임상치매등급 척도(CDR) 또는 간이 정신 상태 검사(MMSE) 또는 기타 전문 평가 척도							✓															

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。
 주: 입원 의료 실비 보험을 신청한 경우, 원본 영수증이 필요하나 첨부하지 않았고 해당 보험 종류를 일일 한도액으로 지급해야 하되 계약 조항의 약정에 부합하면 우선 일일 한도액 방식으로 지급함.

二、注意事項

2. 주의사항

1.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：

1.본 신청서는 각 항목을 자세히 기입해야 하며 수익자가 서명해야 합니다. 수익자 관련 정의에 관한 설명은 다음과 같습니다:

- (1)申請醫療、重大疾病或失能保險金，受益人爲事故人本人。
- (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。
- (2) 사망 보험금을 청구한 경우, 수익자는 보험증서에 기재된 사망 수익자이며, 사망 수익자가 1명 이상인 경우 각각 서명하거나 각각 신청서 1부를 작성해야 합니다.

※受益人爲未滿七歲之未成年人，由其法定代理人代爲簽名及法定代理人簽名。

※수익자가 만 7세 이하의 미성년자인 경우 그 법정 대리인이 대신 서명하고 법정 대리인도 서명해야 합니다.

※受益人爲七歲 (含) 以上未成年之限制行為能力者，由受益人及其法定代理人簽名。

※수익자가 만 7세(포함) 이상의 미성년 제한능력자인 경우 수익자와 그 법정 대리인이 서명해야 합니다.

※受益人如爲受監護宣告者，由其監護人代爲簽名，及監護人簽名。受益人如爲受輔助宣告者，由受益人及輔助人共同簽名。

※수익자가 후견 선언 대상자인 경우 후견인이 대신 서명하며 후견인도 서명해야 합니다. 수익자가 보조 선언 대상자인 경우 수익자와 후견인이 공동 서명해야 합니다.

※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替簽名 (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」字樣以避免混淆，另外須於見證人旁加註見證人身分證字型大小，無須再提供身分證影本資料。

※시각 장애, 문맹 또는 기타 요인으로 인해 서명할 수 없는 자의 피보험자 또는 보험 가입자는 지장으로 서명을 대체(오른손 또는 왼손의 어느 손가락인지를 명시해야 함)할 수 있습니다. 단 두 명의 증인이 서명해야 하며 서명한 부분에 '증인'을 적어 흔적을 방지해야 합니다.

※應簽名者爲雙手截肢可以蓋章代替，亦須二位見證人同時簽名。

※서명해야 하는 자가 두 손이 없는 경우 인감으로 대체할 수 있으며 2명의 증인이 동시에 서명해야 합니다.

※倘身故受益人指定爲法人機構、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賠本。又，依照「申請戶籍謄本及閱覽戶籍登記資料處理原則」，前揭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，惟得確實調取，仍以各戶政單位辦理為準。

※사망 수익자가 법인기구, 종교단체, 공익기구, 사회복지기구자로 지정되었을 경우, 「보험법」 제 44 조 규정에 근거하여 이해관계자 신분으로 보험인에게 보험 약정 계약서 등본을 청구합니다. 또한 「호적등본 신청 및 호적등기 서류 열람 처리 원칙」에 근거하여 상술한 기구 또는 단체는 이해관계자(즉 수익자) 신분으로 호적 관리기관으로부터 호적을 제거한 호적등본 및 사망증명서를 취득합니다. 취득 가능 여부는 여전히 각 호적 관리기관의 처리를 기준으로 합니다.

2.見證人身份須符合以下規範：

2. 증인 신분은 아래 규범에 부합해야 합니다:

(1)二位見證人皆不可為本件招攬或送件業務員或經辦人員。

(1) 2 명의 증인은 본 건의 영업원 또는 송달자거나 업무 처리 인원이 아니어야 합니다.

(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，或為社福機構人員。亦可二位見證人皆非保單關係人，且至少有一人須為親戚或朋友，或為社福機構人員。

(2) 2 명의 증인 중 최대 한 명만 보험증서 관계자(보험 계약자/피보험자/수익자)로 지정할 수 있으며, 다른 한 명은 보험증서 비관계자여야 합니다. 보험증서 비관계자는 친척 또는 친구이거나 사회복지기구 인원이어야 합니다. 또는 2 명의 증인 모두 보험증서 비관계자일 수 있으며, 적어도 한 명은 친척 또는 친구이거나 사회복지기구 인원이어야 합니다.

※倘因視障、不識字或其他因素致無法簽名，可以按捺手指印方式代替簽名(須註明左手或右手第幾指)，惟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型大小以避免混淆。

※ 시각 장애, 문맹 또는 기타 요인으로 인해 서명할 수 없는 경우, 지장으로 서명을 대체(오른손 또는 왼손의 어느 손가락인지를 명시해야 함)할 수 있습니다. 단 행위능력을 구비한 2 명의 증인이 서명해야 하며 서명한 부분에 '증인'을 적고 신분증 번호를 적음으로써 혼돈을 방지해야 합니다.

3.身故件之死亡原因為「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」。

3. 사망 건의 사망 원인이 「부검 감정 중」인 경우 수익자는 「부검 결과 보고서」 또는 사망 원인이 명확하게 기재된 「시체검사 증명서」를 보증 제출해야 합니다.

4.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。

4. 완전한 신체능력상실을 신청한 피보험자가 정신 장애 또는 지능 결함으로 인해 의사 표시를 할 수 없거나 의사 표시를 받아들일 수 없거나 의사 표시를 분별할 수 없거나, 상술한 능력이 현저히 부족한 자인 경우 법원의 후견 또는 보조 선고 재정서를 첨부해야 합니다.

5.申請團體保險健康門診手術費實支實付保險金需檢附收據及明細；子女或配偶或團體險之身故／完全失能保險金不需檢附保險單。

5. 단체 보험 건강 외래문진 수술 실비 보험금을 신청한 경우 영수증과 내역을 동봉해야 하며, 자녀 또는 배우자 또는 단체 보험의 사망/완전한 신체능력상실 보험금은 보험증서를 동봉하지 않습니다.

6.豁免保費：

6. 보험료 면제:

(1)被保險人發生豁免保費事故，由被保險人提出申請，除上表所列須檢附檔外，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。

(1)피보험자에게 보험료 면제 사고가 발생하여 피보험자가 보험료 면제를 신청하는 경우, 상술한 도표에 열거된 동봉 문서 외에 중대 질병(암 포함) 신청자는 병리조직절편 보고서/관련 검사보고서를 별도로 첨부해야 합니다.

(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「南山人壽愛家保要保人豁免保險費附約」(WOP)，要保人發生豁免保費事故時：

(2)보험 계약자가 가입한 보험이 「난산생명보험 보험 계약자 보험료 면제 부대계약」, 「난산생명보험 보험 계약자 보험료 면제 주석 조항」(WPP), 「난산생명보험 아이자보험 계약자 보험료 면제 부대계약」(WOP) 이며 보험 계약자에게 보험료 면제 사고가 발생한 경우:

①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。

①보험 계약자 사망: 해당 보험증서 메인 계약서의 피보험자는 보험 계약자 사망 관련 문서(호적을 제거한 호적등본 포함)을 준비해 제출하여 신청하며, 수익자 신분 증명은 메인 계약서의 피보험자의 신분 증명입니다.

②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。

②보험 계약자가 중대 질병에 걸리거나 1 급~3 급 신체능력상실인 경우: 보험 계약자가 상술한 도표에 열거된 관련 문서를 준비해 제출하여 신청하며, 수익자 신분 증명은 보험 계약자의 신분 증명입니다.

③95 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。

③2006 년 10 월 1 일 이후 구매한 보험증서인 경우, 보험 계약자가 중대 질병에 걸리거나 1 급~6 급 신체능력상실, 중대한 화상을 입은 경우: 보험 계약자가 상술한 도표에 열거된 관련 문서를 준비해 제출하여 신청하며, 수익자 신분 증명은 보험 계약자의 신분 증명입니다.

7.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（X 光片可與傳統 X 光片（膠片）或影像光碟片方式擇一提供）。

7.골절 보조금 또는 상해 의료 보험금을 신청한 경우, 「X 선 사진」을 첨부하여 상해 부위 또는 정도(X 선 사진은 전통적인 X 선 사진(필름사진) 또는 영상 디스크 방식 중 하나로 제공 가능)을 확정해야 합니다.

8.請求「南山人壽安祥健康保險附約」(FIH)之返國住院保險金者，另具護照影本或前居留影本或足以證明之文件亦可。

8. 「난산생명보험 안상건강보험 부가 약정」(FIH)에 근거하여 귀국 입원 보험금을 신청한 경우, 여권 사본 또는 항공권 사본 또는 이를 충분히 입증할 수 있는 문서를 첨부해야 합니다.

9.失蹤：

9. 실종:

(1)一般失蹤件應附「法院死亡宣告」判決（代替死亡證明）和「受益人同意書」。

(1) 일반 실종 건은 「법원 사망 선고」 판결서(사망증명서를 대체)와 「수익자 동의서」를 첨부해야 합니다.

(2)意外失蹤件應另附「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」。

(2) 우발 실종 건은 「우발 상해 사고 증명 문서」와 실종 등록이 완료된 호적 등본(호적 삭제 등본을 대체) 및 「수익자 동의서」를 첨부해야 합니다.

10.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：三十天之內之戶籍謄本或診斷證明書）

10.수익자가 매달 「암 생활 보조 보험금」을 수령하여 12 개월 동안 수령하면, 당사가 다음 달 「암 생활 보조 보험금」을 지급하기 전에 피보험자가 생존해 있음을 증명하는 문서를 제출해야 합니다.(예: 30 일 이내의 호적등본 또는 진단증명서)

11.依南山人壽附的延續附加條款約定：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，或主契約的被保險人於主契約的有效期間內，因被保險人身故、致成主契約的條款附表所列失能、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、主契約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的無保單價值準備金者、主契約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的雖有保單價值準備金，惟主契約的終止後已足以清償前次執行命令所列債務者等情形，致生主契約的終止時，本附的得依本附加條款之約定延續其效力。如要保人與主契約的被保險人為同一人，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）

11.난산생명보험 부대계약 연장 부가 조항의 약정에 의하면: 메인 계약서에 근거해 지급한 각종 보험금의 누계 총액이 상한선에 도달해 종료되거나, 메인 계약서에 근거해 피보험자가 메인 계약서 유효기간 내에 피보험자 사망, 메인 계약서 조항 별첨에 열거된 신체능력상실, 중대 질병, 특정 중대 질병, 암 질병, 장기 돌봄 상태, 메인 계약서가 지방법원 민사 집행처 또는 법무부 행정집행서의 명령 집행으로 인해 종료되었고 본 부대계약에 보험증서 가치 지급 준비금이 없거나, 메인 계약서가 지방법원 민사 집행처 또는 법무부 행정집행서의 집행 명령으로 인해 종료되었고 본 부대계약에 보험증서 가치 지급 준비금이 있긴 하지만 메인 계약이 종료된 후 상술한 집행명령에 열거된 채무를 충분히 상환한 등 상황으로 인해 메인 계약서 종료를 초래한 경우, 본 부대계약은 본 부가 조항의 약정에 근거하여 여전히 그 효력을 가집니다. 보험 계약자와 메인 계약서 피보험자가 동일인이며 이미 사망한 경우, 그 연장된 부대계약은 각 부대계약의 피보험자가 해당 부대계약의 보험 계약자로 간주되며, 각 부대계약의 보험 계약자의 권리와 의무는 각 부대계약의 보험 계약자 또는 그 법정 대리인 중에서 서면으로 한 명에 대해 위임하여 수입자로서 대리 행사하도록 합니다. 단, 각 부대계약의 보험 계약자는 수입자를 통해 서면 형식으로 당사에 신청하여 연장된 부대계약을 종료해야 합니다.(자세한 내용은 보험증서 조항 참조)

12.金融機構匯款：

12. 금융기구 송금:

(1)申請外幣保單時，須填寫與外幣帳戶相同的英文姓名。

(1) 외화 보험증서를 신청한 경우 외화 계좌와 동일한 영어 이름을 기입해야 합니다.

(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。

(2) 당사 책임 물을 물을 수 없는 원인으로 인해 당사가 송금할 수 없게 되면, 당사는 해당 요인이 제거된 후 송금할 것이며 이에 대해 지연 책임을 부담하지 않습니다.

(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。

(3) 수익자는 신분증명 문서 및 예금 통장 표지 사본을 첨부하여 당사에 협조해 송금 업무를 확인하고 수익자 권익을 보장할 수 있습니다.

13.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。

13.보험 계약이 강제로 집행되고 수익자(채무자)가 신청한 보험금이 강제 집행법 제 122 조 제 2 항에서 규정한 <채무인 및 공동 생활 가족의 생계 유지에 필요한 자>에 속하는 경우, 채무인은 강제 집행법 제 12 조 규정에 따라 법원에 청원하거나 이의를 제기할 수 있습니다.

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，服務人員將請客戶提供相關授權同意書。

14.보험금 지급 조사 업무로 인해 관련 서류(예: 병력, 컴퓨터 파일 또는 본 사건의 사고 자료)를 조회 또는 열람해야 하는 경우 서비스 인원은 고객에게 관련 수권 동의서를 제공합니다.

15.依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」規定，單次給付理賠延遲息，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：

15. 「전민 건강보험 공제 및 보충 보험료 납부 방법」 규정에 근거해 일차적으로 보험금 연체 이자를 지급하는 경우, 규정에 따라 보충 보험료를 공제합니다. 단 다음의 신분 중 하나에 해당하는 인원이 보험금 지급을 청구할 때 자발적으로 다음의 문서를 제출하면 보충 보험료를 면제받을 수 있습니다:

(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）

(1) 저소득 가구: 사회행정기관에서 확정한 유효기간 이내의 저소득 가구 증명 문서를 제출.(이자 소득)

(2)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）

(2) 건강보험 미가입자: 외국인인 아닌 인원은 여권 사본을 제출하고, 제적한 국민인은 최근 3 개월 이내의 호적증명 문서를 제출.(이자 소득)

(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）

(3) 중저소득 가구: 사회행정기관에서 확정한 유효기간 이내의 중저소득 가구 증명 문서를 제출.(지급일이 2015 년 1 월 1 일 이후이며 일차적 지급 금액이 기본 급여의 이자 소득에 미달)

(4) 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）

(4) 중저소득 노인, 생활 보조를 받는 취약 아동 및 소년, 심신장애 생활보조금 수령자, 특수환경 가정으로 지원받는 자, 전민 건강 보험법 제 100 조 규정에 부합하는 경제 곤란자는 사회행정기관에서 확정한 유효기간 이내의 증명 문서를 제출. (지급일이 2015 년 1 월 1 일 이후이며 일차적 지급 금액이 기본 급여의 이자 소득에 미달)

16.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。

16.보험금 지급 및 본 신청서 작성과 관련하여 그 어떠한 질문이 있는 경우 고객 서비스 핫라인 0800-020-060(해외 문의 핫라인: 886-2-8752-2111)으로 연락하거나 당사 홈페이지(www.nanshanlife.com.tw)를 방문하여 조회하십시오.

<二頁之二>

<총 2 페이지 중 제 2 페이지>

中 韓 文 對 照