法定傳染病綜合保險理賠申請書

保單號碼				
送件人/業務員	姓名：　ID：　業務員登錄證字號： 電話：　E-mail：			
被保險人	姓名		事故時職業/工作內容	
	身分證字號		出生日期	年　月　日
	行動電話	-	e-mail	
	聯絡地址/通訊住址			
要保人姓名（要保單位名稱）				

聲明暨授權同意事項

● **申請理賠項目□補償健康保險金(確診)　□隔離費用保險金(隔離)**

■ ❶確診法定傳染病的日期：　年　月　日❷開立醫療診斷書的醫療院所：

■ **需要接受隔離的原因是□接觸法定傳染病確診者而需接受隔離□子女因需接受隔離而被保險人陪同隔離**

□其它請說明

❶收到衛生機關電話通知的時間：　年　月　日　時　分□未收到

❷收到簡訊的時間：　年　月　日　時　分　□未收到

❸接受隔離的期間：　年　月　日至　年　月　日

❹確診者自主回報的隔離者，被保險人與確診者的關係是：

□同住親友—確診者的姓名　確診者聯絡電話：　與確診者關係：

□同班同學—學校名稱：　班級：　年　班/科系

聯絡師長姓名：　聯絡電話：

□同辦公室/同工作場域—公司名稱：　單位：

公司防疫長姓名：　聯絡電話：

□其它密切接觸者：關係是　，姓名：　聯絡電話：

1. 茲因申請保險金之需，本人(以□被保險人 □受益人 □法定代理/監護人)之身份，授權並同意由新安東京海上產物保險股份有限公司或該公司指派人員為代理人逕向醫院、診所、檢驗所、醫師醫護人員、衛生福利部中央健康保險署、地檢署、法院、警察局(派出所、交通隊)、消防救護單位、保險公司、產壽險公會、衛生主管機關…等等相關機構索引、查詢、調閱、抄錄或影印事故人所有就診病歷、電腦檔案資料或本案事故相關之資料以為參證之用。**若有爭議，由立授權書人負責，並聲明本授權書之影本與正本具同等效力**。代理人如有逾越授權申請資料之範圍或將申請之資料作為他用時，由代理人依法負責。
2. (申請失能保險金之被保險人適用）本人（同前款所述）同意新安東京海上產物保險股份有限公司得指定醫學中心級之醫院專科醫師進行失能程度之專業診斷，以做為申請失能保險金所需認定失能程度之依據。
3. 本人（同第 1 款所述）同意新安東京海上產物保險股份有限公司得依個人資料保護法之相關規定，對被保險人之個人資料有為蒐集、電腦處理或國際傳送之權利。
4. 本人已詳知新安東京海上產物保險股份有限公司所提供之個人資料告知事項內容，並同意貴公司收蒐集利用個人資料。
5. 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（受益人）同意貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

被保險人或受益人親簽：　法定代理人或監護人親簽：

（如有特殊情況以被保險人拇指按捺指紋，受益人為未成年人時應由父母共同簽名） 填寫日期:　年　月　日

個資暨授權同意書

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、處理或利用，除本公司「告知說明書」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、處理或利用，將於人身保險及財產保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司處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　台端不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料，本公司可能無法提供　台端相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

立同意書人（即被保險人）已瞭解上述說明，並同意　貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保公司辦理再保險核保或理賠業務。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　新安東京海上產物保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人或受益人)親簽：　法定代理人或監護人親簽：

（如有特殊情況以被保險人拇指按捺指紋，受益人為未成年人時應由父母共同簽名）填寫日期:____年____月____日

匯款方式

戶名：　金融機構：　□銀行□郵局□農漁會□信合社　分行/社/支庫/辦事處

帳號：___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

❶受益人為被保險人本人，被保險人未成年且無銀行帳戶，請檢附被保險人及法定代理人之戶籍謄本。
❷匯款銀行需為通匯銀行❸請檢附身分證正、反面及登載有戶名、帳號之存摺影本。

個人資料告知事項

新安東京海上產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)依據個人資料保護法（以下稱個資法）之規定，應告知下列事項，敬請台端詳閱及知悉：

一、 蒐集目的：
（一）財產保險業（依保險法令規定辦理之財產保險相關業務）。
（二）其他合於營業登記項目或章程所定業務之需要。

二、 類別：包括但不限於姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育職業、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。

三、 利用之期間、地區、對象及方式：
（一）期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間、提供金融商品或服務之契約期間、本公司執行業務所必須之保存期間及依相關法令就資料之保存所訂保存年限。
（二）地區：
1. 中華民國境內。
2. 因辦理財產保險相關業務需要之第三方所在境外地區。
（三）對象：
1. 本公司、與本公司簽訂合作推廣契約之保險代理人/保險經紀人、因辦理財產保險相關業務需要之第三方。
2. 財團法人保險事業發展中心、產/壽險同業公會、關貿組織、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。
3. 配合提供予依法令執行之公務機關。
（四）方式：
1. 電子文件、紙本或其他合於當時科技之適當方式。
2. 符合個資法第 20 條規定之利用。

四、 依據個資法第 3 條規定，台端就個人資料得行使下列權利：
（一）得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本，而本公司依法得酌收必要成本費用。
（二）得向本公司請求補充或更正，惟依法台端應為適當之釋明。
（三）得向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除，惟依法本公司因執行業務所必需者，得不依台端請求為之。

五、本公司基於上述原因而需蒐集、處理或利用台端之個人資料時，台端可自由選 擇是否提供，唯若選擇不提供或是提供不完全時，基於健全產險業務之執行，本公司將可能無法提供完善之服務

【註】:上開告知事項已公告於本公司官網（http://www.tmnewa.com.tw/），如有任何問題或不同意其告知事項，請洽詢 0800-050-119 免付費客服專線。

法定傳染病綜合保險保險金申請應檢具文件

申請項目 / 應備文件		隔離費用保險金（隔離）	補償健康保險金（確診）
理賠申請書		V	V
受益人身分證明(例：身分證正反面影本、戶籍謄本…)		V	V
擇一	電子隔離通知書紙本、電子隔離通知書截圖、連結	V	
	紙本隔離通知書正本	V	
醫療診斷書、病歷、相關檢驗報告等文件			V
存摺影本		V	V
其他		依案提供	依案提供

※ 上述檢附文件請一併核對保單契約內之承保範圍，如有承保且符合給付要件始能核付 ※

【註】:

1. 本公司得依個案之特殊狀況，請被保險人或受益人提供相關佐證資料或文件。
2. 理賠申請書須由受益人親自填妥並簽名；未成年子女理賠申請部份法定代理人(父、母）均需簽章。
3. 正本文件若有其它需要得取回時，請於空白處載明。
4. 其它未表述事項或給付項目應檢具文件，請參酌保單條款約定或撥打免付費電話。