

## 傷害暨健康險理賠申請書



申請類別		<input type="checkbox"/> 意外事故 <input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病)		<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 續賠件/賠案號碼：	
基本資料	被保險人	身分證字號		保險單號碼	
	聯絡地址	□□□			
	連絡電話	( )	行動電話		
	E-MAIL				
	1. 填寫行動電話號碼者，本公司將以簡訊通知理賠受理進度。2. 填寫 E-MAIL 者，本公司於結案後提供匯款通知。				
事故種類	服務機關：		工作內容：		是否為執行職務期間 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	事故日期： 年 月 日 時 分			事故地點：	
	請簡述事故經過：				
	處理單位	分局/派出所	處理員警	連絡電話	
	是否尚有後續理賠申請？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			被保險人投保其他保險公司名稱：	
支付方式	<input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 匯款 (未提供匯款帳號，則直接以支票方式支付)				
	戶名：	銀行/郵局：		分行/支局：	
帳號：_____ *戶名限：「 <b>事故人/身故受益人</b> 」，請附「存摺封面」影本					
聲明暨授權同意事項	茲因向和泰產物保險股份有限公司申請保險給付之需要，以被保險人( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 受益人)之身分，同意下列事項：				
	一、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，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。(申請死亡保險金適用)				
	二、貴公司得指定醫學中心級之醫院專科醫師進行殘廢程度之專業診斷，以做為申請殘廢保險金所需認定殘廢程度之依據。(申請殘廢保險金適用)				
	被保險人/受益人(即立同意書人)：_____ 法定代理人/監護人：_____				
三、本人已詳知並閱讀 貴公司所提供之個人資料告知事項內容，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。					
被保險人/受益人(即立同意書人)：_____ 法定代理人/監護人：_____					
中 華 民 國 年 月 日					
送件人員資料	送件人員簽章	登錄字號		理賠單位收件章	
	*送件人員應見證簽章部分確為當事人本人親自簽章，如有因不實簽章致生紛爭，應負相關法律責任				
	聯絡人員	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他：_____		連絡電話	
經手人說明欄：					

**申請理賠給付所需文件：**

	意外身故	意外殘廢	住院醫療	傷害醫療
理賠申請書	V	V	V	V
意外事故證明文件	V	V	V	V
死亡/殘廢診斷書	V	V		
地檢署相驗屍體證明書	V			
除戶戶籍謄本	V			
法定繼承人聲明書	V			
受益人身份證明	V			
診斷證明書(正本)			V	V
醫療收據正本/副本				V
存摺封面影本 (匯款需要)	V	V	V	V
X光片(或光碟)	(V)	(V)	V	(V)
救護車運送證明文件			(V)	

※ 在醫院有作放射線相關檢查者，請提供 X 光片（或光碟），腦震盪者請提供電腦斷層報告。

※ 除上列各項應備文件外，針對個案所需之其他證明文件時，本公司另行通知。

※ 醫療費用收據副本：須經醫療院所開立及用印，非影印本。

**注意事項：**

- 為加速理賠審查作業，申請理賠時請務必填妥「授權書」欄位。
- 受益人：申請醫療或殘廢時，受益人為被保險人本人。**身故件，則為保單約定之身故受益人。
- 理賠申請書簽名欄為須由受益人親自簽名/蓋章：
  - ※未滿 7 歲之未成年人或受禁治產宣告者，應由監護人代為簽名/蓋章及監護人簽名/蓋章。
  - ※7~20 歲未婚之未成年人，應由受益人及監護人 共同簽名/蓋章。
  - ※不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替，另需二位見證人同時簽名。
  - ※雙手截肢者可以蓋章代替，另需二位見證人同時簽名。
  - ※心神喪失或精神耗弱致不能處理自己事務者，應附法院禁治產裁定。
  - ※未成年人或受禁治產宣告者，另請檢付其與監護人之關係證明文件。
- 匯款：請附存摺帳號面頁影本，俾便核對匯款帳號資料，確保受益人權益。
- 台端若不同意本公司蒐集、處理或利用台端個人資料，本公司將可能無法提供台端理賠相關服務或給付。**
- 請填妥理賠申請書後，連同所需文件一併寄回本公司。(請於信封上註明：申請傷害險/健康險理賠收)。待審核無誤，我們將儘速安排保險金給付。
- 若您填寫本申請書有所疑問，請致電(02)2181-5000，由專人竭誠為您服務，謝謝!

**和泰產物保險股份有限公司**

台北總公司 104 臺北市松江路 126 號 13 樓(傷害險/健康險理賠)

新竹分公司 300 新竹市民族路 139 號 6 樓

台中分公司 403 台中市西區臺灣大道二段 220 號 10 樓

台南分公司 701 台南市東區崇學路 186 號 7 樓

高雄分公司 801 高雄市中正四路 168 號 11 樓

TEL: (02)2181-5000

TEL: (03) 532-5125

TEL: (04)2327-9901

TEL: (06) 700-7288

TEL: (07) 211-2161

FAX: (02)2181-5091

FAX: (03) 532-7427

FAX: (04)2322-3210

FAX: (06) 700-7298

FAX: (07) 211-2160



## 和泰產物保險個人資料告知事項

本公司（和泰產物保險股份有限公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、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)財產保險(依保險法令規定辦理之財產保險相關業務)。
- (二)人身保險(依保險法令規定財產保險業經主管機關許可辦理之人身保險相關業務)。
- (三)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定業務。

### 二、類別：

包括但不限於姓名、身分證字號、護照號碼、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及當事人書面同意蒐集、處理或利用之病歷、醫療、健康檢查等相關個人資料。

### 三、個人資料來源：

- (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、對象、地區及方式

(一)期間：因執行業務所必須及法令規定應為保存之期間。

(二)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.本公司之總公司、分公司、通訊處、所屬集團之國內外關聯企業、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、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、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、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：

- 1.上述對象所在之地區。
- 2.因辦理財產保險相關業務需要之第三方地區或國家。

(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.得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：

- 1.以書面或其他日後可供證明之方式。
- 2.台端可以撥打下列客服專線 0800-880-550  
理賠專線 0800-077-568

### 六、台端不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：

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。

七、告知事項之查閱：本公司已將完整個人資料告知事項登載於本公司網站(<http://www.hotains.com.tw>)，隨時可供台端查閱。



和泰產險  
HOTAI INSURANCE

## 同意查詢暨授權聲明書

立聲明書人謹為被保險人(被保險人姓名：\_\_\_\_\_，身分證字號：\_\_\_\_\_) 本人 繼承人 法定代理人之身分向和泰產物保險股份有限公司(下稱和泰產險)申請 傷害保險給付 健康保險給付 \_\_\_\_\_保險給付(若有必要，請說明前述勾選之保險給付內容：\_\_\_\_\_)等需要，同意和泰產險向醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司、內政部入出國及移民署或其他相關之單位或個人查詢相關之就醫病歷及資訊、調閱、抄錄或影印被保險人與前述傷病相關之所有就診病歷、電腦檔案資料及相關資料以為和泰產險參證之用。

立聲明書人同意，和泰產險就本同意查詢暨授權聲明書得影印使用，且本查詢暨授權聲明書之影本與正本具同等效力。

此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、產壽險公會、保險公司或其他相關單位或個人

立聲明書人簽章：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人簽章：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

(如立聲明書人為未成年人、受監護或輔助宣告之人，請法定代理人、監護人或輔助人一併簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

聯絡地址：□□□\_\_\_\_\_

聯絡電話：(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ 行動電話：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日

說明：

- (1) 就本聲明書所提供的個人資訊，和泰產險將本於誠信並遵循個人資料保護法及相關法規予以使用並提供保障。
- (2) 部分醫院需檢附該院專用同意書及相關文件，理賠案件受理後若有需要將會另發函通知補件事宜。