

# 本文件內表單僅提供郵政員工透過 台一保經投保和泰防疫險者使用

<<和泰防疫險理賠申請\_1110518 更新\_自即日起請使用此版本>>

~請填寫理賠申請文件(詳下方\*)與檢附證明~

1. **隔離證明**~列印衛生福利部隔離通知書、列印衛福部居家隔離簡訊連結截圖  
(若有正本免簡訊截圖)
2. **確診證明**~醫生診斷證明書或數位健康證明
3. **住院證明**~醫生診斷證明書、(居家照護需有 COVID-19 專用處方箋)

~以上請寄回台一保經

【新北市三重區重安街 132 號 6 樓之 1】

**\*\*\* 以上文件，保險公司保留進一步要求文件以及調查的權利!**

\* 理賠申請文件(事故種類:請依申請項目之實際情況填寫)

[http://www.taione.com.tw/taione/taione/post002/post002\\_7.pdf](http://www.taione.com.tw/taione/taione/post002/post002_7.pdf)

\* 理賠填寫範例與注意事項

[http://www.taione.com.tw/taione/taione/post002/post002\\_5.pdf](http://www.taione.com.tw/taione/taione/post002/post002_5.pdf)

\* 數位健康證明申請網站

<https://dvc.mohw.gov.tw/vapa/apply/SelectLoginWay.init.ctr>

若不方便下載列印，可協助傳真、EMAIL、郵寄，再請告知需求，謝謝!

台一保經聯絡方式 電話 02-29705198、LINE 好友 @taione

# 法定傳染病保障綜合保險 理賠申請書



保單號碼：

<b>申請類別</b>		<input type="checkbox"/> 補償健康保險金(確診) <input type="checkbox"/> 隔離費用補償保險金(隔離) <input type="checkbox"/> 住院醫療保險金(含居家但經醫師診療)		
<b>基本資料</b>	被保險人	出生年月日	身分證字號	
	聯絡地址	□□□		
	連絡電話	( )	行動電話	
	E-MAIL	填寫 E-MAIL 者，本公司於結案後提供匯款通知。		
<b>事故種類</b>	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	
	事故期間：自 年 月 日 至 年 月 日			
	1. 確診 (1) 確診通知日期： 年 月 日 及 確診通知方式： (2) 確診檢查日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 快篩 (3) 開立確診診斷書之醫療院所： 2. 隔離 (1) 接受隔離原因 <input type="checkbox"/> 接觸法定傳染病確診者 <input type="checkbox"/> 家人接受隔離而需陪同 <input type="checkbox"/> 其他 請說明 (2) <input type="checkbox"/> 接到電話通知隔離時間： 年 月 日 時 分，通知單位： <input type="checkbox"/> 未接獲通知 <input type="checkbox"/> 接到簡訊通知隔離時間： 年 月 日 時 分，通知單位： <input type="checkbox"/> 未接獲通知 接觸確診者日期： 年 月 日 接受隔離期間： 年 月 日至 年 月 日 (3) 確診者自主通報之被隔離者，被保險人與確診者之關係 <input type="checkbox"/> 同住親友--確診者姓名： 確診者電話： 確診者稱謂： <input type="checkbox"/> 同班同學--學校名稱： 班級： 年 班 科系： 接觸原因： <input type="checkbox"/> 座位鄰近 <input type="checkbox"/> 一起用餐 聯絡師長姓名： 聯絡師長電話： <input type="checkbox"/> 同辦公室/同工作場域--公司名稱： 單位/部門： 接觸原因： <input type="checkbox"/> 座位/工作鄰近 <input type="checkbox"/> 一起用餐 公司防疫長姓名： 連絡電話： <input type="checkbox"/> 其他密切接觸者--：姓名： 連絡電話： 關係： 接觸原因： <input type="checkbox"/> 同處一室 <input type="checkbox"/> 一起用餐 3. 住院醫療 <input type="checkbox"/> 確診實際住院期間： 年 月 日至 年 月 日 檢附文件： <input type="checkbox"/> 住院診斷證明 <input type="checkbox"/> 醫師診療居隔期間： 年 月 日至 年 月 日 檢附文件： <input type="checkbox"/> 醫院醫師診斷證明 <input type="checkbox"/> 醫院醫師用藥處方箋 投保其他同性質保單？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 投保其他保險公司名稱：			
<b>支付方式</b>	<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「 <b>存摺封面</b> 」影本				
<b>聲明暨授權同意事項</b>	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文書及相關內容陳述之正確性，同意 貴公司將前開資料與相關單位、人員及所申請同性質理賠金之其他保險公司進行比對。 二、貴公司得指派調查人員進行相關單位、人員之訪談，以做為審核保險金申請是否賠付之依據。 三、 <b>被保險人/受益人(即立同意書人)：</b> 法定代理人/監護人： 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，及其他個資相關規定，包含但不限於「歐盟個人資料保護規則」等， <b>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。</b> <b>被保險人/受益人(即立同意書人)：</b> <b>法定代理人/監護人：</b> 中 華 民 國 年 月 日			
<b>送件人員資料</b>	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	
投保管道： <input type="checkbox"/> 網路投保 <input type="checkbox"/> 本公司營業據點(地點： ) <input type="checkbox"/> 保經代 <input type="checkbox"/> 臨櫃(地點： )				



和泰產險  
HOTAI INSURANCE

## 同意查詢暨授權聲明書

立聲明書人以被保險人(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)申請法定傳染病保障綜合保險給付需要，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、衛生機關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：

- 就本聲明書所提供的個人資料，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。
- 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。

請於下方黏貼身分證正反面影本  
(或請檢附戶籍謄本)

國民身分證影本  
正面黏貼處

國民身分證影本  
反面黏貼處

請於下方黏貼存摺面頁影本

存摺面頁影本  
封面黏貼處

## 保險經紀人履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

台一保險經紀人股份有限公司(下稱本公司)及本公司所經紀之保險公司依據個人資料保護法(以下稱個資法)第8條第1項(如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

- 一、蒐集之目的:(一)保險經紀。(二)人身保險。(三)財產保險。  
(四)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) 識別類: 1. 辨識個人者:如姓名、職稱、住址、電話、電子郵件地址及其他任何可辨識資料本人者等。  
2. 辨識財務者:如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。  
3. 政府資料中之辨識者:如身分證統一編號、統一證號、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。
  - (二) 特徵類: 1. 個人描述:如年齡、性別、出生年月日等。2. 身體描述:如身高、體重等。  
3. 習慣:如抽煙、喝酒等。
  - (三) 家庭情形:如結婚有無、家庭成員之細節等。
  - (四) 社會情況:如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等。
  - (五) 財務細節:如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易記錄、票據信用、保險細節等。
  - (六) 健康與其他:如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料等。
  - (七) 其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。
- 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(分)公司、本公司所經紀之保險公司、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、財團法人保險犯罪防制中心、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、依法有調查權機關或金融監理機關及因原業務同仁離職而接續服務之同仁。
  - (三) 地區:上述對象所在地區。(四) 方式:合於法令規定之利用方式。
- 五、依據個資法第3條規定, 台端就本公司及本公司所經紀之保險公司保有 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:以書面或其他日後可供證明之方式。
- 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作業,因此將婉謝、延遲或無法提供台端相關服務。

✓ 被保險人簽名: \_\_\_\_\_  
 (若要保人、被保險人未滿20足歲,需其法定代理人一併簽章) \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

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、處理及利用,除上列「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、處理及利用,將於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 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料,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),已瞭解上述說明,並同意 本公司於符合相關法令規範範圍內,得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料,以及將上開資料轉送業務相關之再保險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 台一保險經紀人股份有限公司

✓ 立同意書人(即被保險人)簽名: \_\_\_\_\_

眷屬被保險人

配偶簽名: \_\_\_\_\_

子女簽名: \_\_\_\_\_

父母簽名: \_\_\_\_\_

法定代理人簽名: \_\_\_\_\_ (請註明關係)

(若要保人、被保險人未滿20足歲,需其法定代理人一併簽章) \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

註:1. 本公司履行上開告知義務,不限書面或取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力。

2. 本公司應採下列方式之一保全履行告知義務之證明:

(1) 電話行銷之電話錄音檔。

(2) 當事人表明已受告知之書面文件,或註明當事人已收受告知書之保單、契約變更或理賠等簽收回條。

(3) 將告知書內容與要保書或保險契約相關申請文件合併列印。

## 理賠申請所需文件

應備文件	法定傳染病保障綜合保險				
	住院醫療保險金	負壓隔離/加護病房醫療保險金	住院關懷保險金	補償健康保險金(確診)	隔離費用補償保險金
理賠申請書	V	V	V	V	V
醫療診斷證明書 或 數位新冠病毒健康證明	V	V	V	V	
存摺封面影本	V	V	V	V	V
用藥處方箋	(V)		V		
隔離通知書	(V)			V	V
隔離通知簡訊				V	V

※ 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。





## 和泰產物保險股份有限公司履行個人資料保護法告知事項

本公司(和泰產物保險股份有限公司)依據個人資料保護法第6條第2項、第8條第1項(如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項)之規定,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)消費者保護、契約、類似契約或其他法律關係事務、執行其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務、調查、統計與研究分析、個人資料之合法交易業務。

### 二、類別:

一般個資(包括但不限於姓名、身分證統一編號、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、位置資料、網路瀏覽器cookies與識別碼(IP位址)、行動及網路媒體資訊、及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料,詳如相關業務申請書或契約書內容)、特種個資(病歷、醫療、基因、生理、心理及健康檢查等,在法令許可或台端書面同意範圍內者)。

### 三、個人資料來源:

- (一)要保人/被保險人。
- (二)司法警憲機關、本公司委託協助處理理賠或服務之公證人或作業委外處理機構。
- (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,或至台端通知本公司刪除或停止處理或利用該個人資料之日止。

#### (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。
- 3.本公司所屬集團和泰汽車股份有限公司及其關係企業、台灣地區授權經銷商及業務合作關係第三人。包括國都汽車、北都汽車、桃苗汽車、中部汽車、南都汽車、高都汽車、蘭揚汽車、東部汽車、和航汽車、中誠汽車、和榮汽車、長源汽車、和泰豐田物料運搬、和泰聯網、和泰移動服務、和潤企業、和運租車、和雲行動服務、車美仕、興聯科技、和泰興業、國瑞汽車、和展投資、和昭實業、和安保代、和全保代、和勁行銷、和泰服務行銷、泛台貨櫃運輸、益台通運、樺台通運、快順倉儲交通、大全彩藝、旭和螺絲、台灣橫濱輪胎、台灣柏原和泰、多羅滿汽車零配件等關係企業及本公司共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣業務之公司。

#### (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:合於前揭法令規定之利用方式,包含但不限於必要之國際傳輸等。

### 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.台端可以撥打客服專線 0800-880-550或理賠專線 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。  
台端倘不同意本告知事項之一部或全部,或有其他疑義者,得隨時以適當方式告知本公司處理與說明,若未告知則將視為同意本告知事項。

### 七、告知事項之查閱:

本公司另將本告知事項登載於本公司網站(<https://www.hotains.com.tw>),隨時可供台端查閱。