

**法定傳染病保障綜合保險
理賠申請書**

保單號碼：

申請類別		<input type="checkbox"/> 隔離費用補償保險金(隔離)	<input checked="" type="checkbox"/> 補償健康保險金(確診)	<input type="checkbox"/> 住院醫療保險金(含居家但經醫師診療)		
基本資料	被保險人	王小明	出生年月日	65.01.01	身分證字號	A1XXXXXX789
	聯絡地址	1045台北市中山區松江路126號				
	連絡電話	()	行動電話	09XXXXXXXX		
	E-MAIL	abc@xxx.com.tw (填寫 E-MAIL 者本公司於結案後提供匯款通知。)				
服務機關	XXX公司	工作內容	行政人員	是否為執行職務期間	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	
事故種類	事故期間	自 111年 05月 08日 至 111年 05月 13日				
	1. 匡列隔離	(1) 接受隔離原因 <input checked="" 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) 確診者自主通報之被隔離者，被保險人與確診者之關係	<input checked="" type="checkbox"/> 同住親友—確診者姓名： <u>王大銘</u> 確診者電話： <u>09XXXXXXXX</u> 確診者稱謂： <u>父親</u>				
	<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) 接到通知隔離時間： <u>111年 05月 08日 10時 45分</u> ，通知單位： <u>新北市衛生所</u>					
	<input type="checkbox"/> 簡訊通知 <input type="checkbox"/> 電話通知 <input checked="" type="checkbox"/> 由確診者自行通知	接觸確診者日期： <u>111年 05月 08日</u> 接受隔離期間： <u>111年 05月 08日 至 111年 05月 08日</u>				
2. 確診	(1) 確診檢查日： <u>111年 05月 10日</u> 檢查方式： <input checked="" type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 快篩 (2) 開立確診診斷書之醫療院所： <u>新北市立聯合醫院</u>					
(3) 確診通知日期： <u>111年 05月 10日</u> 及 確診通知方式： <u>簡訊/健保快易通/自行上網查詢</u>						
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	*依保單條款約定，住院醫療保險金之給付，經醫師診斷確定罹患第三條約定之法定傳染病而於醫院接受住院診療。本公司對於居家診療者，將依理賠內部處理制度及程序與相關法令規定判斷是否融通給付。					
投保其他同性質保單？	<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 投保其他保險公司名稱：_____					
支付方式	<input type="checkbox"/> 支票 <input checked="" type="checkbox"/> 匯款 (未提供匯款帳號，則直接以支票方式支付)					
	戶名： <u>王小明</u> 銀行/郵局： <u>中國信託</u> 分行/支局： <u>松江</u>					
	帳號： <u>012565466565</u> *戶名限：「事故人/身故受益人」，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 checked="" 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。 被保險人/受益人(即立同意書人)： <u>王小明</u> 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，及法令規範範圍內，及其他個人資相關規定，包含但不限於「歐盟個人資料保護規則」等個人資料。 被保險人/受益人(即立同意書人)： <u>王小明</u> 法定代理人/監護人：_____					
	中華民國 111 年 05 月 30 日					
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：)					

備註：

- 同時申請一項以上申請類別，理賠申請書填寫一份即可；
若分次申請不同申請類別，再次申請時，須重新填寫理賠申請書。
- 支付方式請填寫清楚戶名/銀行名稱或郵局/分行名稱或支局/帳號，
並附上存摺影本。匯款對象僅被保險人本人，未成年者可匯要保人帳戶。
- 當事人若為**未成年者**，任何簽名文件須請法定代理人或監護人簽名。
- 理賠所需文件應據實填寫及提供正確資料，以免觸法。

「法定傳染病保障綜合保險」理賠申請須知

※法定傳染病**隔離**費用補償保險金

理賠應備文件：

1、理賠申請書

2、衛生主管機關開立之隔離通知書

注意：

(1) 若通知書為「紙本」，請提供紙本『**正本**』文件。

(2) 若通知書為「電子式」，請列印「完整」通知書，並提供衛生主管機關通知之簡訊、電子郵件**連結畫面**，**請截圖後印出**(如圖例)。

(3) 若係提供「嚴重特殊傳染性肺炎接觸者隔離證明」，請列印並提供書面資料供查核。

3、被保險人之存摺封面影本。

4、本公司對於上述文件內容如有疑義，將進一步調查並驗證查閱相關內容。

資料備齊後，請**掛號**寄至：

104 台北市中山區松江路 126 號 13 樓 和泰產險 客戶服務處 收

※本公司保留進一步要求文件以及調查的權利

圖例



※法定傳染病補償健康保險金(確診)

理賠應備文件：

- 1、理賠申請書。
- 2、醫院(診所)開立之法定傳染病醫療診斷書 或 數位新冠病毒健康證明。
- 3、必要時需提供、隔離通知書、隔離治療通知單或解除隔離通知書、檢驗報告。

注意：

- (1) 若通知書為「紙本」請提供紙本『**正本**』文件。
- (2) 若通知書為「電子式」，請列印「完整」通知書，並提供衛生主管機通知之簡訊、電子郵件連結畫面，請截圖後印出。(如圖例)

4、被保險人之存摺封面影本。

5、本公司將依產險公會公布之理賠指引進行案件審核。

資料備齊後，請**掛號**寄至：

104 台北市中山區松江路 126 號 13 樓 和泰產險 客戶服務處 收

※本公司保留進一步要求文件以及調查的權利

圖例



※法定傳染病**住院日額**保險金

- 1、理賠申請書。
- 2、住院治療者；提供住院醫療診斷書(須載明住院期間)。
- 3、於防疫旅館、集中檢疫所、居家照護接受治療者；須提供醫師診斷證明(記載病名、病況、醫療處置)、醫師處方箋(用藥明細)、隔離治療通知單及解除隔離通知書。
- 4、被保險人之存摺封面影本。
- 5、本公司會依商品內容、保單條款、理賠內部處理制度及程序與相關法令規定判斷是否理賠或融通給付。

資料備齊後，請**掛號**寄至：

104 台北市中山區松江路 126 號 13 樓 和泰產險 客戶服務處 收

※本公司保留進一步要求文件以及調查的權利