

<<中華郵政職工~和泰防疫險理賠申請_1120302 更新>>

~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、隔離證明(上方1)
3. **住院證明**~醫生診斷證明書

和泰產險防疫理賠寄送地址：

104 台北市中山區松江路 126 號 13 樓 (客戶服務處收)

服務電話：0800-880-550

***** 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_02.pdf

* 理賠填寫範例與注意事項

http://www.taione.com.tw/taione/taione/post002/post002_03.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，謝謝!

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 type="checkbox"/> 補償健康保險金(確診)		<input type="checkbox"/> 住院日額保險金			
基本資料	被保險人		出生年月日		身分證字號				
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
	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)							
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				
	事故期間：	自	年	月	日	至	年	月	日
	1. 匡列隔離	(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) 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) 接到通知隔離時間：_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分，通知單位：_____							
		<input type="checkbox"/> 簡訊通知 <input type="checkbox"/> 電話通知 <input type="checkbox"/> 由確診者自行通知 接觸確診者日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 接受隔離期間：_____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日							
		2. 確診 (1) 確診檢查日：_____ 年 _____ 月 _____ 日 檢查方式： <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 快篩 (2) 開立確診診斷書之醫療院所：_____							
	(3) 確診通知日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 及 確診通知方式：_____								
	3. 住院日額 <input type="checkbox"/> 確診住院期間：_____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 檢附文件： <input type="checkbox"/> 住院診斷證明								
支付方式	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：_____								
	<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：「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 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)：_____ 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，及其他個資相關規定，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		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：)									

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：

- 甲、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。
- 乙、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。



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，惟依法本公司因執行業務所必須者或其他法令要求，得不依您的請求刪除、停止處理或利用您的個人資料。

（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。

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



理賠申請所需文件

應備文件	法定傳染病保障綜合保險			
	住院日額 保險金	負壓隔離/加護病房 醫療保險金	補償健康 保險金 (確診)	隔離費用補償 保險金 (匡列隔離)
理賠申請書	V	V	V	V
醫療診斷證明書 或 數位新冠病毒健康證明	醫療診斷證明書(正本)		二擇一	
存摺封面影本	V	V	V	V
隔離通知書			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。

保單號碼：10000000

申請類別	<input checked="" 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"/> 住院日額保險金		
被保險人	王小明	出生年月日	65.01.01	身分證字號	A1XXXXX789
聯絡地址	10457台北市中山區松江路126號				
連絡電話	()	行動電話	0999999999		
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
事故期間	自 111 年 5 月 8 日 至 111 年 5 月 17 日				
事故種類	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：王大銘 確診者電話：0986888888 確診者稱謂：父親 <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：111 年 05 月 08 日 10 時 45 分，通知單位：新北市衛生所 <input type="checkbox"/> 簡訊通知 <input type="checkbox"/> 電話通知 <input type="checkbox"/> 由確診者自行通知 接觸確診者日期：111 年 05 月 08 日 接受隔離期間：111 年 5 月 8 日至 111 年 5 月 10 日				
	2. 確診 (1) 確診檢查日：111 年 05 月 10 日 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：新北市立聯合醫院 (3) 確診通知日期：111 年 05 月 10 日 及 確診通知方式：簡訊/健保快易通/自行上網查詢				
	3. 住院日額 <input type="checkbox"/> 確診住院期間： 年 月 日至 年 月 日 檢附文件： <input type="checkbox"/> 住院診斷證明				
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：				
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：王小明 銀行/郵局：中國信託 分行/支局：松江 帳號：0125654665 *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)：王小明 三、本人已詳知並閱讀 貴公司所提供之個人資料告知事項，知悉該告知事項所載之個人資料，係屬法律規範範圍內，及其他個人資訊相關規定，包含但不限於「歐盟個人資料保護規則」及「個人資料保護法」等相關規定，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)：王小明 法定代理人/監護人： 中華民國 111 年 5 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、住院診斷證明書正本(須載明住院期間)。
- 3、被保險人之存摺封面影本。
- 4、本公司會依商品內容、保單條款與相關法令規定判斷是否理賠。

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