

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1045 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，知悉該告知事項之內容，並同意 貴公司得依該告知事項之相關法令規範範圍內，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，蒐集、處理及利用本人之病歷、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)：王小明 法定代理人/監護人：_____ 中 華 民 國 1 1 1 年 5 月 3 0 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	
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：_____)			

被保人需親簽**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