

由本公司填寫

報案號碼：

賠案號碼：

保險理賠申請書

申請險種： <input type="checkbox"/> 火險 <input type="checkbox"/> 水險 <input checked="" type="checkbox"/> 責任險(疫苗險、防疫險) <input type="checkbox"/> 工程險	
保單號碼：	被保險人：
事故日期： 年 月 日 時 分	事故地點：
連絡人：	電話：
電子郵件：	手機：

請據實敘明事故經過，以免影響理賠權益(原因、人、時、地、事、物及損失等)

壹、疫苗險：

(一) _____年_____月_____日施打疫苗，疫苗種類：_____。

(二) _____年_____月_____日不良反應，症狀：_____，_____年_____月_____日至_____年_____月_____日住院。

(三) _____年_____月_____日確診 COVID-19。

貳、防疫險：

(一)、確診法定傳染病補償保險

① 確診法定傳染病的日期：_____年_____月_____日，開立醫療診斷書的醫療院所：_____。

② 確診法定傳染病於_____年_____月_____日至_____年_____月_____日住院。

 (二) 需要接受隔離之原因 接觸法定傳染病確診者而需接受隔離 子女因需接受隔離而被保險人陪同隔離 其它請說明

① 收到衛生機關電話通知的時間：_____年_____月_____日_____時_____分 未收到

② 收到簡訊的時間：_____年_____月_____日_____時_____分 未收到

③ 接受隔離的期間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

④ 與確診者最後一次相處或接觸時間：_____年_____月_____日

⑤ 確診者自主回報的隔離者，被保險人與確診者的關係是：

 同住親友—確診者的姓名_____ 確診者聯絡電話：_____ 與確診者關係：_____

 同班同學—學校名稱：_____ 班級：_____年_____班/科系

聯絡師長姓名：_____ 聯絡電話：_____

 同辦公室/同工作場域(需以九宮格方式認定)—公司名稱：_____ 單位：_____ 聯絡電話：_____

 其它密切接觸者：關係是_____，姓名：_____ 聯絡電話：_____

蒐集、處理及利用保戶個人資料告知事項

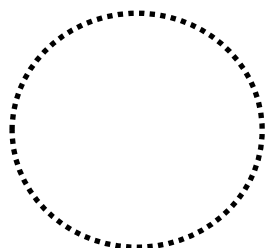
本人(本公司)已詳閱申請書第3頁「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，並同意貴公司基於理賠目的，在個人資料保護法許可範圍內蒐集、處理及利用本人(本公司)所提供之個人資料，並將前開資料轉送中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防治中心、檢警單位、委外追償機構、委任之公證公司、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-789-999 免付費專線。

聲明事項：1. 茲同意申請書(共4頁)如資料填寫有誤、有缺漏，視為符合保險法第34條所定理賠證明文件不齊全。
2. 保險事故之發生，如有其他應負賠償責任之人，本公司依保險契約賠付後，即依法取得代位求償之權利。
茲聲明本申請書所填各項內容均屬正確無訛，否則自願放棄保單之一切權利。

此致

新光產物保險股份有限公司

被保險人：



法定代理人：

(未滿20歲需父+母用印，單親監護需戶籍謄本證明監護權)

電話：_____

連絡地址：_____

收件章

中華民國 _____年_____月_____日

保經代送件人員：

電話：

電子郵件：

立授權書人_____茲授權 **新光(產物)保險股份有限公司**(下稱被授權人)向衛生福利部查詢調閱並以書面或數位方式提供醫療相關資料，授權查詢調閱事項如下：

一、被查詢人基本資料 (請由授權書人填寫)

姓名：_____

出生年月日：_____年_____月_____日

身分證統一編號：_____

健保卡卡號：_____ - _____ - _____

護照號碼：_____ / 戶口名簿戶號：_____ (護照號碼與戶號號碼可擇一填寫)

二、與被查詢人之關係:請勾選 (請由授權書人填寫) (註 1)

本人

利害關係人(請同時勾選下列項目其中一項)

法定代理人 繼承人 監護人 輔助人

三、查閱病歷資料用途(由新光產物填寫)

申請法定傳染病醫療健康及疫苗接種保險理賠

四、被查詢人就診資料查閱範圍(由新光產物填寫)

查詢期間：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

被查詢人在 貴部之全部核酸檢測紀錄

被查詢人在 貴部之全部快篩檢測紀錄

被查詢人在 貴部之居家照護期間紀錄

被查詢人在 貴部之居家隔離期間紀錄

五、授權有效期間：本授權書書立日期起 6 個月。

六、被授權人對於因本件授權而取得之任何資料、文件、訊息等，不得違法利用侵害立授權書人、被查詢人或其他任何人之權益。被授權人如違反上開約定，應依法負擔民事、刑事及行政法等法律責任。

此致 衛生福利部

立授權書人簽名：_____

身分證統一編號：_____



聯絡地址：_____

聯絡電話：(____) - _____

被授權人： 新光產物保險股份有限公司

聯絡地址： 台北市中山區建國北路二段 15 號

聯絡人姓名：_____

聯絡電話：(____) - _____

本授權書書立日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註： 1. 利害關係人授權申請者，應同時檢附立授權書人之身分證明文件影本及證明與被查詢人間具有本授權書上所記載利害關係之文件影本(如戶口名簿、除戶戶籍謄本、法院裁定等，視利害關係人之身分提出之)。

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司（下稱本公司）依個人資料保護法（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，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集目的：

- (一) 財產保險（〇九三）。
- (二) 人身保險（〇〇一）。
- (三) 行銷（〇四〇）。
- (四) 消費者、客戶管理與服務（〇九〇）。
- (五) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（一八一）。

二、蒐集個人資料之類別：

一般個人資料包括但不限於姓名、身分證統一編號（護照號碼或居留證號碼）、出生年月日、住址、聯絡方式（電話號碼、行動電話、電子郵件地址）、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，詳如相關業務申請書或契約書內容。

特種個人資料，病歷、醫療、健康檢查等（於法令許可範圍內者）。

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、利用之期間、對象、地區及方式：

- (一) 期間：因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象：

本（分）公司及本公司海外分支機構、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、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。

- (三) 地區：上述對象所在之地區。
- (四) 方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第 3 條，您就本公司保有您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、您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）：您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、遲延或無法提供您相關服務或給付。

上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-789-999 免付費專線。本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

101/10/01 公告
105/10/01 修訂
109/06/29 修訂
109/12/31 修訂
112/11/02 修訂

蓋章

被保險人／受告知人 簽名：

新光產物保險股份有限公司

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、處理或利用，除本公司「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」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、處理或利用，將於人身保險或財產保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、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、處理或利用前述資料，本公司將可能無法提供 台端相關人身保險或財產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 貴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、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。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 新光產物保險股份有限公司

立同意書人 簽名：

（被保險人/受害人/請求權人）

法定代理人 簽名：

（未滿 18 歲者，需父+母用印，單親監護者需戶籍謄本證明監護權）

中華民國

年

月

日

檢附文件:(以下文件皆須齊備,寄出前請確認)

接種 14 日內不良反應住院 (COVID-19 為 28 日內)	COVID-19 疫苗接種 28 日內不良反應死亡喪葬費用	COVID-19 疫苗接種 180 日內確診定額補償	COVID-19 疫苗接種 180 日內確診住院日額	法定傳染病隔離補償保險	法定傳染病關懷保險金	法定傳染病住院日額保險金	檢附文件項目 (※因保險商品種類不同,左列理賠項目並非所有商品都有)
V	V	V	V	V	V	V	理賠申請書(請照範例填寫)
		V	V	V	V	V	COVID-19 病歷資料調閱授權書(理賠申請書第 2 頁)
V	V	V	V	V	V	V	病歷、醫療及健康檢查等個人資料同意書(理賠申請書第 3 頁)
V	V	V	V	V	V	V	身分證影本(請於下方浮貼)
V	V	V	V	V	V	V	受益人存摺影本
V	V	V	V				疫苗接種證明(註明接種日期)。需於中華民國境內接種
V	V						確認不良反應診斷證明書(如有住院,需註明住院期間或日數)
		V	V		V	V	確診 COVID-19 診斷證明書或政府認可之文件
			V			V	確診 COVID-19 住院診斷證明書(需標明住院期間或日數)
	V						相驗屍體證明書或死亡診斷書
	V						被保險人除戶全戶戶籍謄本
				V			衛生主管機關開立之相關隔離證明。

必要時本公司得要求提供「疫苗接種後嚴重疫苗不良事件通報單」或其他證明文件。

身分證正面影本(請浮貼)

身分證反面影本(請浮貼)

調查同意暨聲明書(請被保險人簽章)

本人鄭重申明本申請書上所載均屬實無誤,並無隱瞞或不實說明等情事,並同意授權貴公司為必要調查。

1. 本申請書之填寫並不代表即可獲得理賠,理賠與否仍須經本公司審核。

2. 立同意書人因向新光產物保險股份有限公司申請被保險人(____年____月____日生;身分證號_____)保險給付之需要,以保險契約受益人(與被保險人關係_____)之身分,同意 貴醫療院所、健保局、檢驗所、地檢署、警察(分)局、派出所、消防、救護及各保險公司等相關機關/單位協助並提供新光產物股份有限公司所指派之人員調閱、抄錄、影印或詢問被保險人就診之病歷及相關資料。

上述欄位如有空白,立同意書人同意委由新光產物職員代為填寫,並聲明:立同意書人同意並委託新光產物就本同意書為影印使用且本同意書之影本與正本具同等效力。(若該醫院之病歷調閱需本人雙證件時,立同意書人需自行調閱。)

3. 新光產物保險股份有限公司依據個人資料保護法第八條、第九條規定,向 台端告知產險業履行個人資料保護法告知義務內容(詳見本申請書),請台端詳閱。本人對上開告知已閱讀瞭解並同意貴公司之蒐集處理及利用本人之個人資料。

4. 本公司保留查證權利,若屬陪同隔離而非實際接觸確診者而依法須行隔離者將追回理賠款項。

敬啟者:向貴公司投保之疫苗綜合險因承保事項發生保險給付,請惠予賠款。

此 致 新光產物保險股份有限公司

被保險人: _____

法定代理人: _____

(未滿 20 歲需父+母用印,單親監護需戶籍謄本證明監護權)

日期: ____年 ____月 ____日

銀行	存款戶名	(請附存摺影本)									
		(若匯法定代理人帳戶請填「保證暨授權書」)									
分行	存款帳號										

※存戶須與被保險人或領款人相同,帳號需含分行別、科目別、帳號及檢查碼。

※請詳細工整填寫,如因填寫錯誤、無法辨識或遭退匯時,所導致之損失本公司蓋不負責。

※以上理賠文件送件方式:

網路投保:請郵寄至 104 台北市中山區建國北路二段 15 號 6 樓 非車理賠受理窗口 收

業務員投保:請洽原業務員協助送件至分公司理賠科

免付費服務專線:0800-789-999

傳真:(02)2517-5756

1130217 版

保證暨授權書

未成年人賠款由法定代理人領取時使用，本人領取無須填寫此頁

茲因被保險人 _____ 於中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日時發生保險
理賠事故，今有關申請保險賠償金事宜，經全體法定代理人決議授權由法定代
理人 _____ 領取賠款。此後所生爭議，同由被授權人全權處理，授
權人等放棄直接對新光產物保險股份有限公司及本案相關人請求之權利，特立
此書為證，否則願負法律損害賠償之責。

全體法定代理人：

1. 姓名(父親)：
身份證字號：
電話：

2. 姓名(母親)：
身份證字號：
電話：

第 13 條

未滿七歲之未成年人，無行為能力。

滿七歲以上之未成年人，有限制行為能力。

未成年人已結婚者，有行為能力。

第 77 條

限制行為能力人為意思表示及受意思表示，應得法定代理人之
允許。

由本公司填寫

報案號碼：

賠案號碼：

保險理賠申請書

填寫範例

申請險種： <input type="checkbox"/> 火險 <input type="checkbox"/> 水險 <input checked="" type="checkbox"/> 責任險(疫苗險、防疫險) <input type="checkbox"/> 工程險	
保單號碼：00**SJP0000**	被保險人：王小明
事故日期：111年04月20日16時20分	事故地點：**市**區**路**號
連絡人：王**	電話：25-***-***
電子郵件： *****@GMAIL.COM	手機：0927-***-***

請據實敘明事故經過，以免影響理賠權益(原因、人、時、地、事、物及損失等)

壹、疫苗險：

- (一) _____年_____月_____日施打疫苗，疫苗種類：_____。
- (二) _____年_____月_____日不良反應，症狀：_____，_____年_____月_____日至_____年_____月_____日住院。
- (三) _____年_____月_____日確診 COVID-19。

貳、防疫險：

(一)、確診法定傳染病補償保險

- ① 確診法定傳染病的日期：_____年_____月_____日，開立醫療診斷書的醫療院所：_____。
- ② 確診法定傳染病於_____年_____月_____日至_____年_____月_____日住院。
- (二) 需要接受隔離之原因 接觸法定傳染病確診者而需接受隔離 子女因需接受隔離而被保險人陪同隔離 其它請說明
- ① 收到衛生機關電話通知的時間：111年04月20日16時20分 未收到
- ② 收到簡訊的時間：111年04月25日12時00分 未收到
- ③ 接受隔離的期間：111年04月20日至111年04月29日
- ④ 與確診者最後一次相處或接觸時間：111年04月19日
- ⑤ 確診者自主回報的隔離者，被保險人與確診者的關係是：
- 同住親友—確診者的姓名_____ 確診者聯絡電話：_____ 與確診者關係：_____
- 同班同學—學校名稱：_____ 班級：_____年_____班/科系
- 聯絡師長姓名：_____ 聯絡電話：_____
- 同辦公室/同工作場域(需以九宮格方式認定)—公司名稱：**企業 單位：外銷業務部 聯絡電話：25-***-***
- 其它密切接觸者：關係是_____，姓名：_____ 聯絡電話：_____

蒐集、處理及利用保戶個人資料告知事項

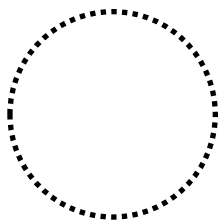
本人(本公司)已詳閱申請書次頁「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，並同意貴公司基於理賠目的，在個人資料保護法許可範圍內蒐集、處理及利用本人(本公司)所提供之個人資料，並將前開資料轉送中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防治中心、檢警單位、委外追償機構、委任之公證公司、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-789-999 免付費專線。

聲明事項：1. 茲同意申請書(共4頁)如資料填寫有誤、有缺漏，視為符合保險法第34條所定理賠證明文件不齊全。
2. 保險事故之發生，如有其他應負賠償責任之人，本公司依保險契約賠付後，即依法取得代位求償之權利。
茲聲明本申請書所填各項內容均屬正確無訛，否則自願放棄保單之一切權利。

此致

新光產物保險股份有限公司

被保險人：



法定代理人：

(未滿20歲需父+母用印，單親監護需戶籍謄本證明監護權)

電話：_____

連絡地址：_____

收件章

中華民國 _____年_____月_____日

保經代送件人員：

電話：

電子郵件：