

親愛的保戶好：

請備妥您欲申請項目的文件後(可參考最後一頁)
連同理賠申請書掛號郵寄至離您較近服務據點的
「傷健險理賠」 收

感謝您的配合，祝順心

新安東京海上產險關心您

本公司傷健險理賠各服務據點：

台北理賠中心	104 台北市中山區松江路 148 號 3 樓
板橋服務中心	220 新北市板橋區中山路一段 69 號 5 樓
桃竹苗理賠中心	330 桃園市桃園區中正路 1071 號 12 樓之 1
中彰投理賠中心	404 台中市北區進化北路 240 號 1 樓
雲嘉南理賠中心	710 台南市永康區中正南路 30 號 16 樓
高鳳屏理賠中心	813 高雄市左營區裕誠路 394 號 7 樓

法定傳染病綜合保險理賠申請書

2025.4版

保單號碼			
送件人/業務員		姓名：_____ ID：_____ 業務員登錄證字號：_____	電話：_____ E-mail：_____
被保險人	姓名	事故時職業/工作內容	
	身分證字號	出生日期 年 月 日	
	行動電話	e-mail	
	聯絡地址		
要保人姓名			
聲明暨授權同意事項	●申請理賠項目 <input type="checkbox"/> 補償健康保險金(確診) <input type="checkbox"/> 隔離費用保險金(隔離)		
	■ ① 確診法定傳染病的日期：_____年 月 日 ② 開立醫療診斷書的醫療院所：_____		
	■ 需要接受隔離的原因是 <input type="checkbox"/> 接觸法定傳染病確診者而需接受隔離 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 未收到		
	② 接受隔離的期間：_____年 月 日至 _____年 月 日		
	③ 確診者自主回報的隔離者，被保險人與確診者的關係是：		
	<input type="checkbox"/> 同住親友—確診者的姓名 _____ 確診者聯絡電話：_____ 與確診者關係：_____		
	<input type="checkbox"/> 同班同學—學校名稱：_____ 班級：_____年 班/科系 聯絡師長姓名：_____ 聯絡電話：_____		
	<input type="checkbox"/> 同辦公室/同工作場域—公司名稱：_____ 單位：_____ 公司防疫長姓名：_____ 聯絡電話：_____		
	<input type="checkbox"/> 其它密切接觸者：關係是 _____，姓名：_____ 聯絡電話：_____		
1. 茲因申請保險金之需，本人(以 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 法定代理/監護人)之身份，授權並同意由新安東京海上產物保險股份有限公司或該公司指派人員為代理人逕向醫院、診所、檢驗所、醫師醫護人員、衛生福利部中央健康保險署、地檢署、法院、警察局(派出所、交通隊)、消防救護單位、保險公司、產壽險公會、衛生主管機關...等等相關機構索引、查詢、調閱、抄錄或影印事故人所有就診病歷、電腦檔案資料或本案事故相關之資料以為參證之用。若有爭議，由立授權書人負責，並聲明本授權書之影本與正本具同等效力。代理人如有逾越授權申請資料之範圍或將申請之資料作為他用時，由代理人依法負責。			
2. (申請失能保險金之被保險人適用) 本人(同前款所述)同意新安東京海上產物保險股份有限公司得指定醫學中心級之醫院專科醫師進行失能程度之專業診斷，以做為申請失能保險金所需認定失能程度之依據。			
3. 本人(同第1款所述)同意新安東京海上產物保險股份有限公司得依個人資料保護法之相關規定，對被保險人之個人資料有為蒐集、電腦處理或國際傳送之權利。			
4. 本人已詳知新安東京海上產物保險股份有限公司所提供之個人資料告知事項內容，並同意貴公司蒐集利用個人資料。			
5. 為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本人(受益人)同意貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。			
被保險人或受益人親簽：_____ 法定代理人或監護人親簽：_____			
(如有特殊情況以被保險人拇指按捺指紋，受益人為未成年人時應由父母共同簽名) 填寫日期：_____年 月 日			
個資暨授權同意書	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為蒐集、處理或利用，除本公司「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、處理或利用，將於人身保險及財產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、公司處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，本公司可能無法提供 台端相關人身保險及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、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保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 新安東京海上產物保險股份有限公司		
立同意書人(即被保險人或受益人)親簽：_____ 法定代理人或監護人親簽：_____			
(如有特殊情況以被保險人拇指按捺指紋，受益人為未成年人時應由父母共同簽名) 填寫日期：_____年 月 日			
匯款方式	戶名：_____ 金融機構：_____ <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> 農漁會 <input type="checkbox"/> 信合社 _____分行/社/支庫/辦事處		
	帳號：_____		
① 受益人為被保險人本人，被保險人未成年且無銀行帳戶，請檢附被保險人及法定代理人之戶籍謄本。 ② 匯款銀行需為通匯銀行 ③ 請檢附身分證正、反面及登載有戶名、帳號之存摺影本。			

個人資料告知事項

(2024.12.11 V.1)

本公司依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定,應告知下列事項,敬請 台端詳閱及知悉:

一、蒐集目的:

- (一) 財產保險業(依保險法令規定辦理之財產保險相關業務)。
- (二) 其他合於營業登記項目或章程所定業務之需要。
- (三) 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、類別: 包括但不限於姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育職業、財務情況、病歷、醫療、健康檢查、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。

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、地區、對象及方式:

- (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、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處理中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險署、臺灣網路認證股份有限公司、業務委外機構、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司(透過保險代理人公司或保險經紀人公司投保者)、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。
- (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. 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。

【註】:

1. 上開告知事項已公告於本公司官網(<https://www.tmnewa.com.tw/>),如有任何問題,請洽詢 0800-050-119 免付費客服專線。
2. 依全民健康保險法及全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法之規定,若可歸責保險人未在 15 日內給付保險金所衍生之延滯息係屬所得稅法所稱之利息所得,為補充保險費之扣取範疇。故延滯息單次達 2 萬元~1,000 萬元者,本公司應按規定之補充保費費率扣取補充保險費。

法定傳染病綜合保險保險金申請應檢具文件

申請項目		隔離費用保險金 (隔離)	補償健康保險金 (確診)
應備文件			
	理賠申請書	V	V
	受益人身分證明(例:身分證正反面影本、戶籍謄本...)	V	V
擇一	「電子隔離通知書」印出紙本、電子隔離通知書截圖、連結	V	
	「嚴重特殊傳染性肺炎接觸者隔離證明」印出紙本		
	紙本隔離通知書正本		
	醫院或診所開立的醫療診斷書正本或副本		V
	存摺影本	V	V
	其他	依案提供	依案提供

■上述檢附文件請一併核對保單契約內之承保範圍,如有承保且符合給付要件始能核付

【註】:

1. 本公司得依個案之特殊狀況,請被保險人或受益人提供相關佐證資料或文件。
2. 理賠申請書須由受益人親自填妥並簽名;未成年子女理賠申請部份法定代理人(父、母)均需簽章。
3. 正本文件若有其它需要得取回時,請於空白處載明。
4. 其它未表述事項或給付項目應檢具文件,請參酌保單條款約定或撥打免付費電話。