

# 理賠申請書填寫說明



**新安東京海上產險**  
TOKIO MARINE NEWA INSURANCE

總公司：台北市南京東路三段130號8-13樓  
免費客服及申訴電話：0800-050-119  
https://www.tmnawa.com.tw  
Always stand by 服務隨時在

## 法定傳染病綜合保險理賠申請書

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/通訊住址		
要保人姓名(要保單位名稱)			

# 法定傳染病綜合保險 理賠申請書填寫說明

**聲明暨授權**

●申請理賠項目  補償健康保險金(確診)  隔離費用保險金

■ ① 確診法定傳染病的日期：\_\_\_\_\_年 月

■ 需要接受隔離的原因是  接觸法定傳染病確診者而需接受  
其它請說明 \_\_\_\_\_

① 收到衛生機關電話通知的時間：\_\_\_\_\_年 月

② 收到簡訊的時間：\_\_\_\_\_年 月 日

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

④ 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—公司名稱：\_\_\_\_\_ 單位：\_\_\_\_\_  
公司防疫長姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

其它密切接觸者：關係是 \_\_\_\_\_，姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

**同意事項**

1. 茲因申請保險金之需，本人(以  被保險人  受益人  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，並同意貴公司收蒐集利用個人資料。

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捺捺指紋，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所為蒐集、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捺捺指紋，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：\_\_\_\_\_  銀行  郵局  農漁會  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 請檢附身分證正、反面及登載有戶名、帳號之存摺影本。

# 理賠申請書填寫說明



新安東京海上產險  
TOKIO MARINE NEWA INSURANCE

總公司：台北市南京東路三段130號8-13樓  
免費客服及申請電話：0800-050-119  
https://www.tmnnewa.com.tw  
Always stand by 服務隨時在

## 法定傳染病綜合保險理賠申請書

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 / 通訊住址	_____		

要保人姓名 (要保單位名稱)

●申請理賠項目  補償健康保險金  醫療費用保險金(隔離)

■ ① 確診法定傳染病的日期：\_\_\_\_\_ 日 ② 開立醫療診斷書的醫療院所：\_\_\_\_\_

■ 需要檢附

其他

① 收到

② 收到

③ 接受

④ 確診

同住親友—確診者姓名：\_\_\_\_\_ 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—公司名稱：\_\_\_\_\_ 單位：\_\_\_\_\_

公司防疫長姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

其它密切接觸者：關係是 \_\_\_\_\_，姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

聲明  
暨  
授權

**請填寫被保險人資料  
(務必填寫完整)**



## 法定傳染病綜合保險理賠申請書

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
	行動電話	_____	e-mail
	聯絡地址 / 通訊住址		
要保人姓名 (要保單位名稱)			

2

● 申請理賠項目  補償健康保險金(確診)  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  接受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日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分  未收到

② 收到簡訊的日期：\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分  未收到

聲明暨授權同意

**勾選 您要申請的理賠項目**

確診 或  隔離

(註1: 隔離定義為依傳染病防治法第48條規定者)

(註2: 兩項都要申請時請分別填寫兩份申請書)



法定傳染病綜合保險理賠申請書

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 / 通訊住址		
要保人姓名 (要保單位名稱)			

3

●申請理賠項目  補償健康保險金(確診)  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：\_\_\_\_\_

■ 需接受隔離的原因是  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

說明

① 機關電話通知的時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分  未收到

② \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分  未收到

③ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

④ \_\_\_\_\_者，被保險人與確診者的關係是：\_\_\_\_\_

**確診**請填寫此處 ① ②，  
**確診日**請填寫**樣本採集日**

與確診者關係：\_\_\_\_\_

話：\_\_\_\_\_

授權並同意由新安東京海上產  
 護人員、衛生福利部中央健康保  
 人八公 位可之 禁 臨 照 啟 啟 啟



# 理賠申請書填寫說明

聲明暨授權  
同意事項

●申請理賠項目 補償健康保險金(確診) 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 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 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—公司名稱：\_\_\_\_\_ 單位：\_\_\_\_\_

公司防疫長姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

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(以被保險人 受益人 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

(1) 下列兩處(紅框處)務必要被保險人本人簽名。

(2) 如被保險人**未成年**，法代監護人欄位需要有**父、母親共同簽名**  
(父、母都須簽名)

資料。  
5. 為確認本次理賠申請所檢附之證明書(或死亡證明書)內容與本人(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：\_\_\_\_\_ 填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
(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)

本公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料之蒐集、處理或利用，除本公司「告知說明書」所列告知事項外，本台端個人病歷、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之目的及範圍內使用。若本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本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：\_\_\_\_\_ 填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
(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)

個資暨授權  
同意書

匯款  
方式

戶名：\_\_\_\_\_ 金融機構：\_\_\_\_\_ 銀行 郵局 農漁會 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。

※ 理賠申請資料共2頁，第1頁為理賠申請書，第2頁為個人資料告知事項及理賠應備文件 2022.05版 ※

第1頁，共2頁

# 理賠申請書填寫說明



新安東京海上產險  
TOKIO MARINE NIPPON FIRE INSURANCE

總公司：台北市南京東路三段130號8-13樓  
免費客服及申請電話：0800-050-119  
https://www.tmnawa.com.tw  
Always stand by 服務隨時在

被保險人資料  
務必完整填寫

## 法定傳染病綜合保險理賠申請書

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/通訊住址		
要保人姓名(要保單位名稱)			
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：_____		
個資暨授權同意書	■ 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 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 收到簡訊的時間：_____年_____月_____日_____時_____分 <input type="checkbox"/> 未收到 3 接受隔離的期間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日 4 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：_____		
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 請檢附身分證正、反面及登載有戶名、帳號之存摺影本。		

勾選理賠項目  
確診或隔離或  
(註1:隔離為依傳染病防治法第48條規定者)  
(註2:兩項都要申請時請分別填寫兩份申請書)

(1) 確診日請填寫樣本採集日  
(2) 隔離請填寫以下問項，係因哪位同住親友確診而匡列被保險人

務必兩處都要本人簽名  
如被保險人未成年，  
法代監護人欄位需要  
有父、母親共同簽名