

保單號碼		申請項目		隔離或檢疫補償保險金			
基本資料	被保險人姓名	身分證字號		出生日期		年 月 日	
	聯絡地址	聯絡電話		手機:		住家:()	
保險事故資料	受通知隔離/檢疫日	年 月 日	開始隔離/檢疫日	年 月 日	隔離地點		
	被認定列為隔離/檢疫原因 <input type="checkbox"/> _____醫院 <input type="checkbox"/> 出院病患 <input type="checkbox"/> 與病患同住者。 <input type="checkbox"/> _____醫院 <input type="checkbox"/> 陪病者 <input type="checkbox"/> 與陪病者同住者。 <input type="checkbox"/> 與染疫者相關接觸者。 <input type="checkbox"/> 其他 _____。				請詳述隔離/檢疫發生原因及經過:		
保險金給付方式	茲請 貴公司依本人(即申請人)選擇給付方式將保險給付金額匯入指定帳戶或開立支票寄送本人指定地址(或送件單位)後,貴公司即已履行上述事故給付義務。若因填寫資料錯誤致誤匯或支票寄送遺失時概由本人負責,並視為保險金已給付絕無異議。						
	<input type="checkbox"/> 匯款至申請人帳戶 <input type="checkbox"/> 匯款至法定代理人帳戶(僅限被保險人為未婚之未成年人並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時,視為申請人已承認對其給付。 需檢附被保險人與法定代理人關係證明文件)						
	戶名	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳號(郵局需含局號)			
<input type="checkbox"/> 支票 寄送: <input type="checkbox"/> 同上聯絡地址 <input type="checkbox"/> 被保險人指定地址(請詳填地址) <input type="checkbox"/> 送件單位(請詳填地址) 寄送地址: _____ 收件人: _____							
臺灣產物保險股份有限公司履行個人資料保護法告知義務 本公司履行個人資料保護法告知義務內容如 保險金申請書第二頁所示,請您詳閱及知悉 。如對於前述告知義務內容有任何疑問,請查閱臺灣產物保險股份有限公司公告之個人資料保護法告知事項(公司網址 http://www.tfmi.com.tw)或來電免付費服務專線 0809-068-888。							
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書(檢附隔離治療通知書時需填寫) 立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴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 貴公司「履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外,得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)為之。本人已瞭解若不同意 貴公司蒐集、處理或利用前述資料, 貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。 此致 臺灣產物保險股份有限公司 立同意書人(即被保險人)簽名: _____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名: _____							
聲明暨同意事項 一、本人已確認上列相關資料正確無誤,本件若委任送件業務員/保險經紀人/保險代理人公司代為送件申請時,本人同意由前述受任人代理簽收各項理賠通知。 二、本人聲明確實非於「已知需隔離、隔離治療或檢疫時投保本保險契約」,且本次申請檢附文件為真實,如有不實願負相關法律責任。 三、本人已了解,若經查證屬投保時已發生保險事故,依保險法及保險契約規定本保險契約依約無法給付。 此致 臺灣產物保險股份有限公司 申請人(即被保險人)簽名: _____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名: _____ 【申請人為未成年人、受監護宣告或輔助宣告者應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽名同意,倘法定代理人非要保人請另檢附關係證明文件(如戶口名簿影本)】 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日							
送件人員(即見證人)基本資料				送件單位	理賠單位收件		
送件人員簽名	身分證字號	電話					
※送件人員應見證申請書上之各欄位簽名為應簽名之當事人本人親自簽名,凡代簽名或未親見簽名,致對被保險人或保險公司造成損害,需依法負民、刑事及其他相關法律責任。							

臺灣產物保險股份有限公司
履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

臺灣產物保險股份有限公司(以下稱本公司)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，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

(一)財產保險(〇九三)；(二)人身保險(〇〇一)；(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、蒐集之個人資料類別：

本公司蒐集之個人資料類別包含：識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、財務細節及健康及其他類等。例如：姓名、身分證統一編號、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、健康檢查或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料等予以填載，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、個人資料利用之期間、對象、地區、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。

(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：以書面方式或透過客服專線(0809-068888)向本公司提出申請。

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：本公司履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。本公司應採下列方式之一保全履行告知義務之證明：

一、電話行銷之電話錄音檔。

二、當事人表明已受告知之書面文件或註明當事人已收受告知書之保單、契約變更或理賠等簽收回條。

三、將告知書內容與要保書或保險契約相關申請文件合併列印。

【保險金申請應備文件及注意事項】

要保人、被保險人應於知悉保險事故發生後(或本公司應負保險責任之事故後)十日內將事故狀況通知臺灣產物保險公司，理賠報備請填具保險金申請書傳真至理賠單位。若您對理賠申請程序或應檢附文件有任何疑問，歡迎您來電免付費服務專線 0809-068-888 我們將竭誠為您服務。

◆理賠應備文件

理賠申請書
隔離通知書、隔離治療通知書、檢疫通知書
被保險人之身分證明
護照影本(蓋妥出入境章)或出入境電子通關證明(詳見*註)

***註：因入境致檢疫或隔離申請時另需檢附護照影本(蓋妥出入境章)或出入境電子通關證明，提醒您：如被保險人係前往國際旅遊疫情建議等級第三級之地區所致隔離、隔離治療或檢疫為除外責任。**

★依申請項目之不同，上述各文件之詳細內容，悉以保單條款約定為準。

★特殊案件資料或上述未列者，所需資料由承辦人員另行通知補全。

★查證授權原則上填具「同意查詢授權聲明書」即可，惟有部分機關、醫院及診所等特殊需求時，將再通知補具單張之同意書。倘立同意書人為被保險人之法定代理人時，另請檢附關係證明(如戶口名簿影本等)。

★若係自寄申請文件，請以掛號方式郵寄。

◆注意事項

理賠申請書需詳填各項欄位並由被保險人簽名，被保險人簽名注意事項如下：

1. 被保險人為未成年人時，另需法定代理人簽名。
2. 被保險人為受監護或輔助宣告之人時，請檢附法院監護或輔助宣告裁定書及裁定登記後之監護人或輔助人戶籍謄本，由監護人或輔助人簽名協助申請，受款人仍為被保險人本人。
3. 應簽名者不識字、手部重傷或雙目失明者，可以手印代替並另需二位見證人同時於手印旁邊簽名並註明關係。
4. 對於被保險人身故前發生之應給付保險金，依民法給付對象為被保險人的法定繼承人，需改由法定繼承人簽名，另請檢附「繼承系統表」及所有法定繼承人的戶籍謄本。

同意查詢授權聲明書

因向臺灣產物保險股份有限公司申請保險給付之需要，本人以被保險人之本人法定代理人繼承人（關係：_____）之身分，同意由該公司指派人員為代理人向各政府機關、醫院（診所）或相關單位及其人員申請查詢、調閱、抄錄或影印被保險人（姓名）（身分證字號_____）自民國109年12月01日起至本同意查詢授權聲明書“授權日”為止之本事故醫療院所就醫日期及本案事故相關資料以為參證之用。

此 致

_____（填入欲查之機關名稱或個人姓名）

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由臺灣產物保險股份有限公司人員代為填寫，並同意由臺灣產物保險股份有限公司影印後，逕填入欲查之機關名稱或個人姓名，以影本交付其收執，此影本亦屬完全有效。

立同意書人（簽名加蓋章）：_____ 用印 身分證字號：_____

法定代理人（簽名加蓋章）：_____ 用印 身分證字號：_____

（立同意書人為未成年人、受監護宣告或輔助宣告者應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽章同意）

聯絡地址：

聯絡電話：

授權日：中華民國_____年_____月_____日

※【本授權書有效期限為自授權日起6個月】

查證授權原則上填具「同意查詢授權聲明書」即可，惟有部分機關、醫院及診所特殊需求時，將再通知補具單張之同意書。倘立同意書人為被保險人之法定代理人時，另請檢附關係證明（如戶口名簿影本等）。