



## 文件收件確認單

為確保您的相關權益請確認，並親自簽名

下述文件之簽署確認皆經要、被保人或契約當事人詳閱並了解，且相關要保文件及保單資料之告知事項均經要保人或被保險人確認，如有虛偽，不實或不盡之情事者，願依保險法第六十四條及其他相關法規之規定，絕無異議。

### 保險公司/送件種類

人壽

和泰

產物

### 新契約/續保 送件 (請檢附並完成勾選)

※本公司未授權業務員代收保費，請依保險公司提供之繳費管道完成繳費。

- ☐ 統超保險經紀人「人身保險商品」書面分析報告  
 ※若為新契約進件，請務必一同檢附建議書明細
- ☐ 保險公司 要保書  
☐ FATCA 及 CRS 身分確認聲明書  
☐ 人壽保險契約審閱期間確認聲明書  
☐ 財務狀況告知書  
☐ 業務員報告書  
☐ 授權書/繳款證明  
☐ 其他：\_\_\_\_\_

- ☐ 統超保險經紀人「財產保險商品」書面分析報告  
 ※若為個案議價商品，請務必檢附報價佣金證明
- ☐ 保險公司 要保書/續保單  
☐ 業務員報告書  
☐ 繳款證明及方式：  
☐ 信用卡 ☐ 超商繳款 ☐ 線上繳款 ☐ 匯款 ☐ 其他：\_\_\_\_\_
- ※財產保險採見費出單，請務必檢附授權資料或完成繳款之證明
- ☐ 其他：\_\_\_\_\_

### 其他申請 送件 (契約變更/理賠申請，請檢附並完成勾選)

- ☐ 統超保險經紀人「人身保險商品」書面分析報告  
 ※若為附約加保申請，請務必一同檢附建議書明細  
 或請於特殊備註欄位說明：加保險種/保額/表定保費。
- ☐ 契約內容變更申請文件  
 (本次申請理由：\_\_\_\_\_ 必填)
- ☐ 個人保單理賠申請文件 (申請單據：共\_\_\_\_\_張)
- ☐ 代送非本公司招攬之契約內容變更申請文件  
 (本次申請理由：\_\_\_\_\_ 必填)
- ☐ 代送非本公司招攬之個人保險理賠申請文件 (申請單據：共\_\_\_\_\_張)

- ☐ 批改申請文件  
 ※申請原因(必選)：  
☐ 加保  
☐ 退保(需額外檢附：身分證件影本 及 帳戶影本)  
☐ 過戶(需額外檢附：雙方身分證件影本 及 帳戶影本)  
☐ 其他：\_\_\_\_\_
- ☒ 個人保險理賠申請文件(申請單據：共\_\_\_\_\_張)
- ☐ 代送非本公司招攬之批改申請文件  
 (本次申請理由：\_\_\_\_\_ 必填)
- ☐ 代送非本公司招攬之個人保險理賠申請文件(申請單據：共\_\_\_\_\_張)

### 特殊確認事項 (以下除第五項特殊備註外，皆為業務員必要確認欄位)

- 一、要保人國籍：☒ 本國 ☐ 外國(國籍：\_\_\_\_\_ 國籍名稱)
- 二、要保人是否為統一集團或協力廠商之員工？若為是，員工編號：P□□□□□□□□  
☐ 是，☐ 統一超商員工(含直營店) ☐ 統一超商加盟店 ☐ 關係企業：\_\_\_\_\_ 關係企業名稱 ☐ 協力廠商：\_\_\_\_\_ 協力廠商名稱 ☐ 前項身分者之眷屬  
☐ 否，介紹人：\_\_\_\_\_ 介紹人姓名 (□業務員本人)
- 三、被保人是否為統一集團或協力廠商之員工？若為是，員工編號：P□□□□□□□□ \*若與要保人同一人可免勾選  
☐ 是，☐ 統一超商員工(含直營店) ☐ 統一超商加盟店 ☐ 關係企業：\_\_\_\_\_ 關係企業名稱 ☐ 協力廠商：\_\_\_\_\_ 協力廠商名稱 ☐ 前項身分者之眷屬  
☐ 否，介紹人：\_\_\_\_\_ 介紹人姓名 (□業務員本人)
- 四、如遇電訪需求時，請問要保人之合適電訪時間為：☐ 早上 9 點~12 點 ☐ 下午 13 點~17 點 ☐ 晚上 18 點~21 點
- 五、特殊備註：☐ 無 ☐ 急件(即將斷保/驗車需求) ☐ 已完成保險公司報備 ☐ 已完成統超保經快速通報 ☐ 其他：\_\_\_\_\_

要保人簽名	被保險人簽名	法定代理人簽名	業務員簽名	受理覆核欄位
請要保人親自簽名 未滿七歲者，由法定代理人代簽	請被保人親自簽名 *若與要保人同一人可免簽 未滿七歲者，由法定代理人代簽	要/被保險人 未滿二十歲者， 需其法定代理人簽名	請業務員親自簽名 <input type="checkbox"/> 業務員確實告知法令相關聲明內容	受理人員受理章 受理人員受理編號

#### 統超保險經紀人(股)公司 履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

統超保險經紀人股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)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，向台端告知下列事項，請台端詳閱：

- 蒐集之目的：(一)保險經紀；(二)人身保險；(三)財產保險；(四)其他諮詢與顧問服務。
- 蒐集之個人資料類別：包含但不限姓名、身分證統一編號、聯絡方式等個人資料(詳如相關業務申請書或契約書內容)。
- 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)於本公司各項業務內所委託往來之第三人。
- 個人資料利用之期間、地區、對象、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：本公司、產、壽險公司、財團法人金融消費評議中心、業務委外機構、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：於法令規定之利用方式。
- 依據個資法第3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、處理及利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式(致電統超保險經紀人客服電話 02-2528-6629 / 0966-699-711)。
- 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，因此將婉謝、延遲或無法提供保險相關服務。

#### 統超保險經紀人(股)公司 病歷、醫療及健康等個人資料蒐集、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、處理及利用，除左方告知書所列告知事項外，就台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、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。若無法取得台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意貴公司就本人透過貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理及利用。並符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。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  
統超保險經紀人股份有限公司

☒ 本人特此聲明已詳細閱讀並同意「統超保險經紀人(股)公司履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書及病歷、醫療及健康等個人資料蒐集、處理及利用同意書」

立同意書人(即被保險人)簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

※若投保要保人豁免條款，  
本保單要保人(即豁免附約之被保險人)簽名：\_\_\_\_\_

聲明日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

# 法定傳染病保障綜合保險 理賠申請書

和泰產物保險股份有限公司 客戶服務處  
地址：10457台北市中山區松江路126號13樓  
理賠服務專線：0800-077-568  
理賠報案信箱：claim.service@hotains.com.tw  
理賠傳真報案：(02)2181-5091

保單號碼：

<input checked="" type="checkbox"/> 申請類別		<input type="checkbox"/> 隔離費用補償保險金(隔離)		<input type="checkbox"/> 補償健康保險金(確診)		<input type="checkbox"/> 住院醫療保險金(含居家但經醫師診療)	
基本資料	<input checked="" type="checkbox"/> 被保險人			出生年月	<input checked="" type="checkbox"/>	身分證字號	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> 聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	連絡電話	( )		<input checked="" type="checkbox"/> 行動電話			
	E-MAIL	(填寫 E-MAIL 者本公司於結案後提供匯款通知。)					
事故種類	服務機關：		<input checked="" type="checkbox"/> 工作內容：		是否為執行職務期間 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	事故期間：自 年 月 日 至 年 月 日						
	1. 匡列隔離						
	(1) 接受隔離原因 <input 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 type="checkbox"/> 同住親友—確診者姓名： 確診者電話： 確診者稱謂：						
	<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： 年 月 日 時 分，通知單位：							
<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： 年 月 日 接受隔離期間： 年 月 日至 年 月 日							
2. 確診							
(1) 確診檢查日： 年 月 日 檢查方式： <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 快篩 (2) 開立確診診斷書之醫療院所：							
(3) 確診通知日期： 年 月 日 及 確診通知方式：							
3. 住院醫療							
<input type="checkbox"/> 確診實際住院期間： 年 月 日至 年 月 日 檢附文件： <input type="checkbox"/> 住院診斷證明							
<input type="checkbox"/> 醫師診療居隔期間： 年 月 日至 年 月 日 檢附文件： <input type="checkbox"/> 醫院醫師診斷證明 <input type="checkbox"/> 醫院醫師用藥處方箋							
<b>*依保單條款約定，住院醫療保險金之給付，經醫師診斷確定罹患第三條約定之法定傳染病而於醫院接受住院診療。本公司對於居家診療者，將依理賠內部處理制度及程序與相關法令規定判斷是否融通給付。</b>							
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 type="checkbox"/> 匯款 (未提供匯款帳號，則直接以支票方式支付)						
	戶名： 銀行/郵局： 分行/支局： 帳號： <b>*戶名限：「事故人/身故受益人」，請附「存摺封面」影本</b>						
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 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) <input checked="" type="checkbox"/> 法定代理人/監護人：						
	三、本人已詳知並閱讀 貴公司所提供之個人資料告知事項內容，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，及其他個資相關規定，包含但不限於「歐盟個人資料保護規則」等，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。 被保險人/受益人(即立同意書人) <input checked="" type="checkbox"/> 法定代理人/監護人：						
送件人員資料	送件人員簽章		登錄字號		理賠單位收件章		
	<b>*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</b>						
	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： )						

## 理賠申請所需文件

應備文件	法定傳染病保障綜合保險				
	住院醫療 保險金	負壓隔離/加護病房 醫療保險金	住院關懷 保險金	補償健康保險 金(確診)	隔離費用補償 保險金 (匡列隔離)
理賠申請書	V	V	V	V	V
醫療診斷證明書 或 數位新冠病毒健康證明	僅醫療診斷證明書(正本)			V	
存摺封面影本	V	V	V	V	V
用藥處方箋	(V)				
隔離通知書	(V)			V	V
隔離通知簡訊				V	V

※ 除上列各項應備文件外，針對個案所需之其他證明文件時，本公司另行通知。

## 同意查詢暨授權聲明書

立聲明書人以被保險人(被保險人姓名☒ \_\_\_\_\_, 身分證字號 ☒ \_\_\_\_\_) ☐ 本人 ☐ 繼承人 ☐ 法定代理人之身分向和泰產物保險股份有限公司(下稱和泰產險)申請法定傳染病保障綜合保險給付需要, 同意和泰產險向醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司、內政部入出國及移民署、衛生機關或其他相關之單位或個人查詢相關之就醫病歷及資訊、調閱、抄錄或影印被保險人與前述傷病相關之所有就診病歷、電腦檔案資料及相關資料以為和泰產險參證之用。

立聲明書人同意, 和泰產險就本同意查詢暨授權聲明書得影印使用, 且本查詢暨授權聲明書之影本與正本具同等效力。

此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所、交通隊)、消防(救護)機關、地檢署、產壽險公會、保險公司或其他相關單位或個人

立聲明書人簽章☒ \_\_\_\_\_ 身分證字號☒ \_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人簽章: \_\_\_\_\_ 身分證字號: \_\_\_\_\_

(如立聲明書人為未成年人、受監護或輔助宣告之人, 請法定代理人、監護人或輔助人一併簽章, 並提供關係證明、身分證正反面影本等)

☒ 聯絡地址: ☐☐☐ \_\_\_\_\_

☒ 聯絡電話: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ 行動電話: \_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

說明:

- 甲、就本聲明書所提供的個人資料, 和泰產險將本於誠信並遵循個人資料保護法及相關法規予以使用並提供保障。
- 乙、部分醫院需檢附該院專用同意書及相關文件, 理賠案件受理後若有需要將會另發函通知補件事宜。



## 和泰產物保險股份有限公司履行個人資料保護法告知事項

本公司（和泰產物保險股份有限公司）依據個人資料保護法第6條第2項、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）之規定，向 台端告知下列事項，敬請 台端詳閱：

### 一、蒐集之目的：

- (一)財產保險(依保險法令規定辦理之財產保險相關業務)。
- (二)人身保險(依保險法令規定財產保險業經主管機關許可辦理之人身保險相關業務)。
- (三)消費者保護、契約、類似契約或其他法律關係事務、執行其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務、調查、統計與研究分析、個人資料之合法交易業務。

### 二、類別：

一般個資（包括但不限於姓名、身分證統一編號、護照號碼、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況、位置資料、網路瀏覽器cookies與識別碼(IP位址)、行動及網路媒體資訊、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）、特種個資（病歷、醫療、基因、生理、心理及健康檢查等，在法令許可或 台端書面同意範圍內者）。

### 三、個人資料來源：

- (一)要保人/被保險人。
- (二)司法警憲機關、本公司委託協助處理理賠或服務之公證人或作業委外處理機構。
- (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、地區及方式

(一)期間：因執行業務所必須及法令規定應為保存之期間，或至台端通知本公司刪除或停止處理或利用該個人資料之日止。

#### (二)對象：

- 1.本公司、與本公司簽訂合作推廣契約之保險代理人/保險經紀人、因辦理財產保險相關業務需要之第三方。
- 2.本公司之總公司、分公司、通訊處、所屬集團之國內外關聯企業、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、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。
- 3.本公司所屬集團和泰汽車股份有限公司及其關係企業、台灣地區授權經銷商及業務合作關係第三人。包括國都汽車、北都汽車、桃苗汽車、中部汽車、南都汽車、高都汽車、蘭揚汽車、東部汽車、和航汽車、中誠汽車、和榮汽車、長源汽車、和泰豐田物料運搬、和泰聯網、和泰移動服務、和潤企業、和運租車、和雲行動服務、車美仕、興聯科技、和泰興業、國瑞汽車、和展投資、和昭實業、和安保代、和全保代、和勁行銷、和泰服務行銷、泛台貨櫃運輸、益台通運、樺台通運、快順倉儲交通、大全彩藝、旭和螺絲、台灣橫濱輪胎、台灣柏原和泰、多羅滿汽車零配件等關係企業及本公司共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣業務之公司。

#### (三)地區：

- 1.上述對象所在之地區。
- 2.因辦理財產保險相關業務需要之第三方地區或國家。

(四)方式：合於前揭法令規定之利用方式，包含但不限於必要之國際傳輸等。

### 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.得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：

- 1.以書面或其他日後可供證明之方式。
- 2.台端可以撥打客服專線 0800-880-550或理賠專線 0800-077-568

### 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。

台端倘不同意本告知事項之一部或全部，或有其他疑義者，得隨時以適當方式告知本公司處理與說明，若未告知則將視為同意本告知事項。

### 七、告知事項之查閱：

本公司另將本告知事項登載於本公司網站(<https://www.hotains.com.tw>)，隨時可供台端查閱。