



## 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

新安東京海上 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：

- 一、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。  
 二、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)。  
 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)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、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。  
 五、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)。  
 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

## 法定傳染病綜合保險理賠申請書

保單號碼			
送件人 / 業務員		姓名： 電話：	ID： 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		年 月 日
要保人姓名 (要保單位名稱)			

●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

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：\_\_\_\_\_ ☐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。



## 個人資料告知事項

新安東京海上產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)之規定,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。
- 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、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。
- 三、利用之期間、地區、對象及方式:
  - (一)期間:個人資料蒐集之特定目的存續期間、提供金融商品或服務之契約期間、本公司執行業務所必須之保存期間及依相關法令就資料之保存所訂保存年限。
  - (二)地區:
    1. 中華民國境內。
    2. 因辦理財產保險相關業務需要之第三方所在境外地區。
  - (三)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. 財團法人保險事業發展中心、產/壽險同業公會、關貿組織、財團法人保險犯罪防制中心、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及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。
    3. 配合提供予依法令執行之公務機關。
  - (四)方式:
    1. 電子文件、紙本或其他合於當時科技之適當方式。
    2. 符合個資法第20條規定之利用。
- 四、依據個資法第3條規定,台端就個人資料得行使下列權利:
  - (一)得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本,而本公司依法得酌收必要成本費用。
  - (二)得向本公司請求補充或更正,惟依法台端應為適當之釋明。
  - (三)得向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除,惟依法本公司因執行業務所必需者,得不依台端請求為之。
- 五、本公司基於上述原因而需蒐集、處理或利用台端之個人資料時,台端可自由選擇是否提供,唯若選擇不提供或是提供不完全時,基於健全產險業務之執行,本公司將可能無法提供完善之服務

【註】:上開告知事項已公告於本公司官網(<http://www.tmnw.com.tw/>),如有任何問題或不同意其告知事項,請洽詢0800-050-119 免付費客服專線。

## 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		
醫療診斷書或數位新冠病毒健康證明			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

■以「數位新冠病毒健康證明」作為醫師醫療診斷證明書之替代文件時,本公司仍保留理賠查核權。

### 【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。

※ 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 ※第2頁,共2頁