

線上理賠申請及轉送、醫療單據調閱授權暨個資蒐集同意書

本人(即被保險人、受益人)茲聲明及同意下列事項：

壹、本人已知悉貴公司之資訊及影像傳輸如有經通訊、儲存等第三方提供服務時，皆會依個人資料保護法及保險業作業委託他人處理應注意事項之相關規範辦理。

貳、本人已瞭解上述說明，除同意貴公司於符合相關法令之規範內，得為蒐集、處理及利用上開資料外；為申請貴公司提供理賠申請以資料傳輸或影像傳輸方式辦理理賠進件，特聲明已充分瞭解並同意下列事項：

本人同意以電子文件方式向貴公司提出理賠申請，本人並同意於線上自主之方式進行理賠申請並填寫申請文件，作為本人瞭解並同意各該文件所載事項之證明，上述理賠申請，與紙本理賠申請有同一效力。並同意日後若有任何爭訟，對本次同意書內容之電子簽名之真正及效力均不予爭執。

參、理賠申請轉送同意：

一、個人理賠醫療資料傳送

1. 依貴公司官網公告之合作保險公司為授權對象。
2. 本人同意授權貴公司得將提供申請保險理賠給付之理賠案件相關資料，傳送至本人所同意之合作保險公司(下稱轉收保險公司)，以申請各該保險公司中以本人為被保險人之保險理賠給付。

二、保險理賠給付之申請

本人知悉各該轉收保險公司將以「接受前揭傳送通知日」為「保戶向轉收保險公司申請理賠日」，並由各轉收保險公司回覆申請人受理之日及辦理情形。

三、本人已瞭解上述說明，除同意貴公司於符合相關法令之規範內，得為蒐集、處理及利用上開資料。

四、本人知悉如當次理賠金額逾新台幣三十萬元，該家保險公司將待正本文件送達首家公司後進行理賠核付。

五、本人知悉首家保險公司應於收受理賠申請日翌日起最晚於三個工作日內，轉送予轉收保險公司。

肆、醫療單據調閱授權同意：

一、授權個人申請醫療理賠相關資料傳送

1. 授權貴公司得將本人之個人資料(包括姓名、出生年月日、身分證字號)傳輸予經本人指定之醫療院所，以取得本人已同意授權傳輸之就醫相關資料。
2. 本人知悉指定之醫療院所得將指定授權區間就診之「指定科別」之就醫相關資料(包括但不限於姓名、出生年月日、身分證字號、醫療費用證明或收據副本及相關診斷證明書文件等)，傳輸予貴公司。

二、授權個人醫療理賠資料傳送

1. 依貴公司網站公告之醫療院所為授權對象。
2. 授權貴公司得向醫療院所調閱申請醫療保險理賠所需之醫療單據資料(包括但不限於診斷證明書、醫療費用證明等)。
3. 授權貴院將本人指定之授權區間就診之「指定科別」之就醫相關資料(包括但不限於姓名、出生年月日、身分證字號、醫療費用證明或收據副本及相關診斷證明書文件等)，上傳至「保險理賠醫起通」平台，由本人授權之保險公司取得該就醫相關資料。

三、本人已詳閱並充分瞭解上述各事項，除同意貴公司得蒐集、處理及利用上開本人各項資料外；另聲明同意依照下列事項辦理：

1. 若貴公司或合作公司於收到醫療保險理賠申請後十個工作日仍未能自醫療院所取得相關醫療單據資料，本人知悉所提出理賠申請文件未齊備，應盡速備齊相關文件予貴公司或合作公司。
2. 醫療保險理賠申請文件備齊之日，係貴公司收齊醫療單據相關資料之日。

3. 本人同意依各保險公司保單條款約定，若需提供正本文件(如收據、調查文件等)，將依各保險公司通知配合提供。

【蒐集、處理及利用個人資料告知事項】

○○○○保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一暨其相關規定，為辦理保險相關業務(含網路保險服務)之客戶服務、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、辦理內部控制及稽核業務、提供本公司、轉收保險公司及網站公告之合作醫療院所(利用對象)辦理理賠資料傳送、理賠申請及相關業務需要、合於其營業項目或章程所訂業務需要等目的及為符合相關法令規範需要，而蒐集、處理、利用您的病歷、醫療及健康檢查等個人相關資料。所蒐集之資料除再保險業務或委外業務執行之需要而於我國境外被處理及利用外，僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內，以合於法令規定之方式利用。您可以向本公司或轉收保險公司查詢、請求閱覽、製給複製本、補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除個人資料，惟本公司及轉收保險公司依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您因未能提供相關個人資料，本公司及轉收保險公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，將因此導致遲延或無法提供您相關服務。

伍、本人已審閱蒐集、處理及利用個人資料告知事項。

此致

○○○○保險股份有限公司

○○○○醫院

被保險人、受益人：_____ 身分證字號：_____

申請日期：民國_____年_____月_____日