

理賠申請轉送暨個人資料蒐集同意書

一、個人理賠醫療資料傳送

1. 本人同意授權 貴公司得將提供申請保險理賠金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金。
2. 依貴公司官網公告之合作保險公司為授權對象。

二、保險理賠申請

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、本人知悉本次理賠申請，經 貴公司形式審核影像檔案後，不符理賠要件或轉送範圍者，即不予進行資料轉送作業。

四、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；另聲明同意依照下列事項辦理：

1. 貴公司於本次及日後每次立同意書人辦理理賠相關服務時，得延續利用本次簽署之同意書授權事項為之。
2. 如未於十日內將本同意書正本寄回貴公司留存，日後仍需重新簽署同意書並寄回正本後才能使用此服務。
3. 如未於十日內將保單條款約定之文件(包括但不限於診斷書或收據正本)寄回各保險公司留存，日後不得使用此服務。

五、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後進行理賠核付。

六、本人知悉依各家公司保單條款約定，若需提供正本文件（如收據、調查文件等），將依各家保險公司通知配合提供。

七、「保險理賠醫起通」申請理賠調閱暨授權同意事項：

本人（即立同意書人）為申請保險理賠所需，爰同意授權經由「保險理賠醫起通」傳輸以下事項：

（一）授權個人申請理賠相關資料傳送

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）授權個人理賠資料傳送

1. 授權 貴公司得向醫療院所調閱申請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)。
2. 依 貴公司網站公告之醫療院所為授權對象。
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）授權個人理賠申請通知

1. 授權 貴公司得將申請保險理賠案件之申請內容，傳送至本人所同意之其他保險公司，以申請各該保險公司以本人為被保險人之保險理賠。
2. 依 貴公司網站公告之合作保險公司為授權對象。
3. 若 貴公司未能自醫療院所取得醫療相關資料，本人將自行向指定之合作保險公司提出保險理賠申請。

八、本人知悉除上開不予轉送情形外，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或經由「保險理賠醫起通」取得醫院醫療資料後，轉送予本人同意之轉收保險公司。

【蒐集、處理及利用個人資料告知事項】

元大人壽保險股份有限公司(下稱元大人壽)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、提供元大人壽及其網站公告之合作保險公司（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。您可以向元大人壽或同意傳送醫療單據資料之保險公司查詢、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，惟元大人壽及您同意傳送醫療單據資料之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。您若因未能提供相關個人資料，元大人壽及您同意傳送醫療單據資料之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。

九、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 貴公司於收到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，並盡速備齊相關文件。
2. 保險理賠申請之文件備齊日，係以貴公司收齊醫療院所提供醫療單據資料之日。

十、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。

此致

元大人壽保險股份有限公司

醫院(申請醫起通時請填寫)

立同意書人：_____（親簽）

身分證字號：_____聯絡電話：_____

申請日期：_____年_____月_____日