

保誠人壽申請醫療保險理賠調閱暨授權同意書

立同意書人(即被保險人)為申請保誠人壽保險股份有限公司(下稱貴公司)提供「理賠醫起通服務」(下稱本服務),特立此書聲明已充分了解並同意下列事項:

一、醫療保險理賠申請

1. 本人已透過 貴公司提供本服務申請醫療保險理賠,並授權 貴公司得將申請醫療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醫療保險理賠。
2. 本人知悉本服務同意書正本需簽署後寄回 貴公司留存。
3. 依 貴公司官網公告之合作保險公司為授權對象。
4. 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。
5. 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醫療保險理賠申請。

二、個人申請醫療理賠相關資料傳送

為申請醫療保險理賠所需,本人同意授權經由本服務傳輸以下事項,且限本次申請使用:

1. 經本人同意, 貴公司及本人透過本服務指定之保險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. 經本人同意,指定之醫療院所得透過本服務將本人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),分別傳輸予 貴公司及本人透過本服務指定之保險公司。
3. 依 貴公司官網公告之醫療院所為授權對象。

三、本人已詳閱並充分瞭解上述說明,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. 若 貴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,將重新檢附相關醫療單據提出理賠申請。
2. 醫療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。

四、本人同意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。

【蒐集、處理及利用個人資料告知事項】

保誠人壽保險股份有限公司(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。您可以向本公司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,惟本公司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,本公司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。

五、本人已審閱蒐集、處理及利用個人資料告知事項。

此致 保誠人壽保險股份有限公司

醫院

立同意書人(即被保險人)簽名: _____

身分證字號: _____ 聯絡電話: _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日