

# 行動理賠與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、行動理賠使用同意：

- 一、本人同意藉由 貴公司服務人員(含業務員)所提供之平板電腦或行動電子設備(下稱行動裝置)，以電子文件方式向 貴公司提出理賠申請，本人並同意於上開行動裝置上之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，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。
- 二、本人知悉且同意應將前述申請理賠所需相關文件正本交付予 貴公司，如有未交付者，日後本人申請行動理賠時，不論當次理賠金額多寡，皆須待 貴公司收齊當次申請理賠所需相關文件正本後，於約定期限內理賠核付。

## 貳、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。
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。

## 參、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