



寵物全能綜合保險理賠申請書

112.05.20 VER

被保險人		保單號碼	
(行動)電話		身分證字號	
地 址		E-MAIL	
寵物名稱		晶片號碼	

申請理賠項目：〈請打✓〉

- 寵物醫療費用 (門診、 手術(手術名稱：_____)、 住院)
- 寵物侵權責任 寵物寄宿日額費用 寵物協尋廣告費用
- 寵物喪葬費用 寵物重新取得費用

就診醫院： 1. _____ 2. _____ 診斷病名： 1. _____ 2. _____

門診日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

手術日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住院日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事故原因： _____

※病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴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 貴公司「告知說明書」所列告知事項外，得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內 (包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務) 為之。本人已瞭解若不同意 貴公司蒐集、處理或利用前述資料，貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

本人同意貴公司有查詢、閱覽、使用、複製、補充、更正、留存指定獸醫院各項數位診斷、檢驗、費用紀錄等權利

此致

旺旺友聯產物保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人或其法定代理人/監護人/輔助人)簽章：

理賠金給付方式：戶名限：「被保險人本人」

匯款： _____ (銀行、郵局) _____ (分行、局號)，銀行分行代碼(7碼)： _____

戶名： _____ 帳號： _____ (檢附金融機構或郵局之存簿封面影本)

茲特聲明本申請書所填各項均為余所知之真實情形，否則自願放棄本保險單之一切權利。

此致

旺旺友聯產物保險股份有限公司

被保險人/受益人(或其法定代理人/監護人/輔助人)：

(簽名或蓋章)

(本人已詳閱產險業履行個人資料保護法告知義務內容)

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如有問題，請電本公司免付費客服專線：0800-024-024



旺旺友聯產物保險股份有限公司
Union Insurance Company

旺旺友聯產物寵物全能綜合保險理賠文件

壹、寵物醫療費用補償保險

- 一、理賠申請書(格式由本公司提供)。
- 二、指定獸醫院之數位診斷紀錄、檢驗紀錄及醫療費用紀錄(由本公司代為取得)。
- 三、經指定獸醫院確認須轉診且出具轉診單者,應自行提供轉診獸醫院所開立之診斷證明、檢驗證明及醫療費用單據。
- 四、被保險人身分證明。
- 五、必要時本公司得要求提供相關證明文件。

貳、寵物侵權責任保險

- 一、理賠申請書(格式由本公司提供)。
- 二、和解書、調解書、法院確定判決書、仲裁判斷書等損害賠償責任確定之證明文件。
- 三、被保險人身分證明。
- 四、必要時本公司得要求提供事故證明文件或憲警單位處理證明文件。

參、寵物協尋廣告費用保險

- 一、理賠申請書(格式由本公司提供)。
- 二、標明遺失日期之協尋廣告樣本。
- 三、標明廣告費用支出日期之明細表及收據正本。
- 四、被保險人身分證明。

肆、寵物寄宿日額費用保險

- 一、理賠申請書(格式由本公司提供)。
- 二、被保險人住院之醫療診斷書或住院證明;但必要時本公司得要求提供意外傷害事故證明文件。
- 三、被保險寵物寄宿費用支出明細表及收據正本。
- 四、被保險人身分證明。

伍、寵物喪葬費用保險

- 一、理賠申請書(格式由本公司提供)。
- 二、寵物死亡註銷登記之證明。
- 三、被保險寵物喪葬費用支出明細表或收據正本。
- 四、被保險人身分證明。

陸、寵物重新取得費用保險

- 一、理賠申請書(格式由本公司提供)。
- 二、寵物死亡註銷登記之證明。
- 三、寵物認養費用或購買費用之相關單據。
- 四、重新取得之寵物所植入晶片與辦理寵物登記之證明。
- 五、被保險人身分證明。

備註:如因個案所需,保險公司得要求被保險人,另行提供必要文件資料。

理賠文件寄送地址(如經由保經代進件者,請將文件寄送至保經代受理地址)

本公司地址:台北市大安區忠孝東路四段 219 號 4 樓 企業險理賠部意外險處收

※產險業履行個人資料保護法告知義務內容

※105.10.11 旺總風管字第 1738 號函備查

※

※旺旺友聯產物保險公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

※一、蒐集之目的:

※(一)財產保險(〇九三)

※(二)人身保險(〇〇一)

※(三)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)

※二、蒐集之個人資料類別:

※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)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或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、對象、地區、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(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、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、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、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:合於法令規定之利用方式。

※五、依據個資法第三條規定,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、處理或利用及請求刪除。

※(二)行使權利之方式:以書面郵寄申請或至本公司各營業處辦理。

※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,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

※

※註:上開告知事項已公告於本公司官網(www.wwunion.com),如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800-024-024 免付費專線。

客戶投保權益確認書

請勾選以下送件項目：

險別：壽險 產險 團險

類別：新契約 保全 理賠

親愛的保戶您好：

為維護您的投保權益及鑑別保險商品適合度，請您在投保時就下列事項進行確認，謝謝您。

一、一般權益確認事項：

1. 您已確認業務員銷售時，確實有保險業務員資格，並已審視其保險業務員登錄證。
2. 您已確認並瞭解本次所繳交保險費，係用以購買保險商品且在您的經濟能力範圍內，而您也已充分瞭解本保單之內容（含保險種類、保險金額、保險費等），皆是您所需要且與您實際需求相當。
3. 本次投保填寫之要保書及各項書面文件，確實係由您與被保險人分別親簽，如為未滿七歲或受監護宣告等無行為能力或為限制行為能力者，均須由法定代理人親簽確認。
4. 您已確認受益人之指定係經被保險人（或其法定代理人）同意。

二、商品重要資訊揭露，確認事項：

1. 若您本次投保以外幣收付之保險商品，您已確實瞭解購買本外幣商品須自行承受匯率風險，且自身可承受外幣商品之匯率風險。
2. 若您本次投保投資型保險商品，您已確實瞭解購買本投資型保險之商品內容及各項費用與收取方式（如保費費用、保險成本、贖回費用等），且本商品符合您自身財力狀況及實際需求，同時也確實瞭解購買本投資型及風險承受能力，且充分瞭解投資損益及匯率風險係由您自行承擔。
3. 若您本次投保利率變動型保險商品/萬能保險商品，您已確實瞭解本保險之「宣告利率」會隨著保險公司定期宣告而改變，保險公司不負最低宣告利率保證的責任。

三、您已確實瞭解保單條款所規定事項及申請之權利如終止保險契約、降低保額、減額繳清、展期定期及保單借款等，辦理前述事項有可能造成自身權益受損之情形。

四、您係於_____年_____月_____日投保_____保險公司保單。

主約商品(投保人壽保險需填寫)：_____

蒐集、處理及利用個人資料告知書

易安網保險經紀人股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下簡稱個資法)規定，應明確告知您下列事項：

一、蒐集之目的：

(一)保險經紀業務 (二)保險經紀業務推廣與行銷。(三)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

二、蒐集之個人資料類別：

與本公司往來之業務文件、申請書、授權書或契約書等所列，包括姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康、財務資料等必要個人資料類別為限。

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)與本公司簽訂合作推廣契約之保險業者 (五)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或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：本公司及與本公司簽訂合作推廣契約之保險業者、因辦理保險業務需要之第三方、保險相關公會、財團法人金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關。

(三)地區：上述對象所在地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，您就本公司保有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、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：以書面之方式行使權利。

六、不提供個人資料所致權益之影響：

本公司基於健全保險經紀人業務與保戶服務，若您未能提供相關個人資料時，本公司將無法提供完善服務。履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、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，除上述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，將於人身/財產保險業務之客戶服務、招攬、理賠、契約保全、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。若台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料，本公司將可能無法提供台端相關人身/財產保險業務之申請及辦理。

【112.01修訂】 EI-PI-02-02-A01-V3.1

上述「客戶投保權益確認書」、「蒐集、處理及利用個人資料告知書」、「病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書」各告知及詢問確認事項內容，本人(即要保人及被保險人)均已充分瞭解並親自確認無誤。

要保人親簽：_____ 被保險人親簽：_____

若投保申請要保人豁免保費或家屬附約時，須請要保人及家屬附約之被保險人親簽確認

未滿七足歲者，由法定代理人代為簽名；七足歲(含)以上未滿法定成年年齡者，由本人及法定代理人簽名。

法定代理人/監護人親簽：_____ (關係：_____) 業務員：_____

要保人/被保險人未滿法定成年年齡者，需由其法定代理人親簽確認，若被保險人為受監護宣告者，需由其監護人親簽確認。

中華民國_____年_____月_____日