

副本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

高雄市政府衛生局 書函

高雄市醫師公會	
收	111.5.24日
文	字第791號

地址：80276高雄市苓雅區凱旋二路132之1號

承辦單位：衛生局人事室

承辦人：丁郁甄

電話：7134000*4131

電子信箱：yujen@kcg.gov.tw

80148

高雄市前金區市中一路225號4樓

受文者：社團法人高雄市醫師公會

發文日期：中華民國111年5月20日

發文字號：高市衛人字第11135424000號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：富邦產險疫苗險計畫一DM、保險理賠申請書(1110509版)

主旨：有關本局110年為本市醫院、診所醫事人員及醫院行政人員投保富邦產物保險股份有限公司疫苗險之申請理賠相關事宜，請協助通知轄區診所轉知所屬被保險人配合辦理，請查照。

說明：

- 一、本局前於110年5月21日為旨揭人員投保富邦產物保險股份有限公司（以下簡稱富邦產險）疫苗險計畫一，其中保理賠項目之一「法定傳染病疫苗預防保障定額補償健康保險」，係指自投保日起至111年5月21日零時止保險期間確診罹患法定傳染病，且確診前180日內曾接受預防該法定傳染病之疫苗接種者，予以定額理賠3萬元。
- 二、被保險人於投保期間如有符合理賠條件情形者，請檢具理賠申請書、確診之診斷書(或指定處所隔離通知書)及小黃卡影本(最後一劑施打日起算180日內)，逕洽富邦產險高雄分公司李政鴻先生辦理(電話07-9698998分機8525)，惟因目前案件處理不及，請配合於7月1日後再行送件。
- 三、檢送富邦產險疫苗險計畫一DM及保險理賠申請書(1110509版)供參。

正本：高雄市政府衛生局各醫療院、所、中心(高雄市立民生醫院、高雄市立聯合醫院、高雄市立中醫醫院、高雄市立凱旋醫院、高雄市登革熱研究中心除外)

副本：社團法人高雄市醫師公會、社團法人高雄縣醫師公會、高雄市中醫師公會、大高

雄中醫師公會、社團法人高雄市牙醫師公會、本局醫政事務科、人事室（均含附件）

高雄市政府衛生局

速
抄：1. 列網站、FB、APP
2. 速報知會員

康維敬 5/4. 2022

主要給付項目：

疫苗不良事件住院生活補助保險金、疫苗不良事件住院生活補助增額保險金、法定傳染病疫苗預防保障定額補償保險金、法定傳染病疫苗預防保障實支實付住院醫療保險金。

商品核准名稱：

富邦產物疫苗保障綜合保險、富邦產物傷害暨健康保險自動續約附加條款、富邦產物財產保險自動續約附加條款。

商品核准字號：

110.04.15金管保產字第1100416958號函核准、106.01.23高保業字第1060000167號函備查、

106.08.18高保業字第1060001694號函備查、107.10.02高保業字第1070002075號函備查。

消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。

本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實於醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。「本商品為非保證續保之保險商品。」

※消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率(預定附加費用率)最高50%，最低39%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話：0800-009888)或網站(網址：www.fubon.com)，以保障您的權益。

※本簡介內容僅供參考。本公司保留承保與否之權利，其他未盡詳細事項，悉依保單條款辦理。



專案組合



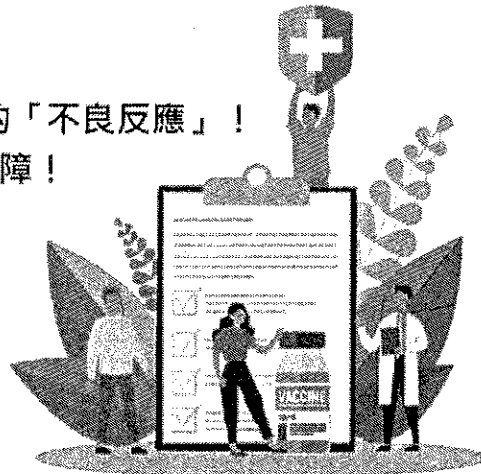
疫苗保障主計畫			計畫一
1 疫苗不良事件費用補償保險	(1)住院生活補助保險金	每次住院	5千/次
	(2)住院生活補助增額保險金	連續住院達5日(含)以上	3萬/次
	(1)+(2)保險期間最高賠償限額		30萬
2	法定傳染病疫苗預防保障定額補償保險		3萬/次
3	法定傳染病疫苗預防保障實支實付住院醫療保險 (每次住院最高)		20萬



疫苗專案特色

- ☑ 承保疫苗「不良事件」，不須認定為具因果關係的「不良反應」！
- ☑ 不限COVID-19、流感疫苗，預防接種疫苗皆有保障！
- ☑ 保期內接種疫苗種類與支數皆無上限！
- ☑ 投保無需健康告知、無等待期！

計畫	新保年齡	續保年齡
疫苗保障計畫	3 ~ 75	75





簽收單編號:

個人保險理賠申請書

住 A 火險 B 竊盜 C 颱風洪水
宅 D 地震 E 責任

綜 F 旅遊不便險
合 L 責任險

H 其他

P 個人保險 G 團體保險
人身 1 意外醫療 2 一般疾病 3 癌症
保險 4 意外身故 5 意外失能

團險要保單位	*事故發生地點: <input type="checkbox"/> 同標的物地址 使用性質: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣/市 鄉/鎮/市/區 <input type="checkbox"/> 海外			
*事故發生	年 月 日 時 分			
*被保險人 (團險員工本人)	出生 年 月 日	*身分證號	就診身分 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	車牌號碼
*事 故 人 (附加被保險人)	出生 年 月 日	*身分證號	與被保險人關係	
*事 故 人 電 話	市話 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 市	*手 機	鄉/鎮 市/區	
通訊地址	E-mail:	*(填寫行動電話將做為發出理賠簡訊服務之用) (本公司以電子郵件寄發理賠通知)		

警方處理單位 分局 派出所/交通隊 處理警員: 電話

是否投保其它保險公司保險: 否 是, 如是請告知:

*請詳述事故發生經過(請據實填寫, 以免影響理賠權益): 工作中發生 是 否, 工作內容:

*付款 支票 委託代領票人 _____ 電話 _____ 領票地-富邦產物 總公司/ _____ 分公司

*方式 匯款(請附存摺影本) 匯入前次(二年內)理賠帳號 帳戶為 1 受益人 2 受益人之法定代理人的帳戶

戶名身分證號 _____ 郵局 金融機構名稱: _____ 銀行 _____ 分行(支庫)

同事故人 _____

金融機構名稱代號 _____ 匯款帳號 _____

理賠資訊暨注意事項
本公司僅會蒐集因上述事項與事故經過相關的查證等業務所必要之個人資料, 該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定執行業務之期間內被處理或利用。您的個人資料除了基於海外急難救助服務、境外理賠申請文件轉送服務、再保險業務或委外業務執行的需要會在我國境外處理及利用外, 僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內供本公司及上傳產壽險公會建立查詢系統、本公司的委外廠商、保險事業發展中心、金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用, 若申請項目為身故保險金時, 為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性, 本公司將提供前開資料予衛生福利部死亡通報系統以進行資料比對。本公司保有您的個人資料時, 您可以至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複製本。若您的個人資料有誤或記載不完全, 您可以書面通知補充或更正, 但依法應為適當的理由說明, 若尚有其他疑義時, 您也可以書面通知本公司停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料。
詳細內容請參閱富邦產險官網(www.fubon.com)

特種個案同意事項簽名欄
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書
富邦產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)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之蒐集、處理及利用, 除本公司「產險業履行個人資料保護告知義務內容」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, 將於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、本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 台端相關理賠之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)已瞭解上述說明, 並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內, 得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料, 以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。立同意書人併此聲明, 此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致 富邦產物保險股份有限公司

***立同意書人** 法定代理人 _____ 要保單位大小章 (申請團險時使用)

即被保險人/受益人簽章: _____ 監護人/輔助人簽章: _____

-本人申領保險給付, 已確認上列相關資料正確無誤, 本件為保險經紀人公司送件申請時, 由保險經紀人公司代理簽收理賠給付通知書

-受益人為未成年人、受監護或輔助宣告之人時, 應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽名同意

-申請理賠項目若非屬人身保險, 則同意書簽名不包含"病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用"之授權

1 登錄證號 2 身分證號

*送件人員(見證人)簽章: _____

行動電話: _____ 員工編號: _____ 單位: _____

(本申請書上受益人之簽名, 或其身分證影本之真實, 均係由本人見證, 且本人保證無任何其它虛偽情事) 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

賠案號碼	接案日期	人員	跨售窗口專用	日期	人員
------	------	----	--------	----	----



確診個案之密切接觸者問卷調查

1. 隔離通知接獲方式及通知時間?

- 簡訊(請附簡訊截圖) 電話，其號碼是_____
- 其他方式_____

接獲通知時間：_____年_____月_____日

2. 您是確診者之密切接觸者，您係確診者之

- 同住親友：與確診者關係_____
- 同寢舍室友：學校名稱_____ 科系_____

3. 如您為 111 年 5 月 1 日至 111 年 5 月 7 日隔離者，您是

- 同班同學：學校名稱_____ 班級：_____年_____班_____科系
- 同辦公室/同工作場域：公司名稱_____ 單位_____
- 公司地址_____
- 公司電話_____

承上，請標示您與確診者之相關座位

	確診者	

4. 與確診者最後一次相處或接觸時間：_____年_____月_____日

此致 富邦產物保險股份有限公司

立書人簽章：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ 身分證號碼：_____

(如立書人為未成年人或受監護或輔助宣告之人，請法定代理人、監護人或輔助人一併簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

理賠經辦：_____ 電話：_____ 收件日：_____ 年 _____ 月 _____ 日

簽收文件	申請項目 應備資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		醫療費用	失能	身故	責任險	住宅火險	住火第三人	旅行綜合險(備註)
	理賠申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	保單或投保憑證影本	✓	✓	✓	✓			
	事故證明	✓	✓	✓	✓	火災證明		✓
	診斷證明書正本	✓	✓	✓				
	醫療費用收據正本	實支件						
	病理切片報告/檢驗報告	癌症件						
	X光片(碟)	骨折件						
	受益人之身分證明	✓	✓	✓	✓			
	除戶戶口名簿謄本			✓				
	法定繼承人聲明書			✓				
	繼承系統表			✓				
	死亡證明書			✓				
	存摺影印本	✓	✓	✓	✓			✓
	費用單據				✓			
	和解書及體傷或財損相關資料				✓		✓	
	損失清單				✓	✓		行李,票證
	修復估價單					✓		
	建物所有權狀或房屋稅單					✓		
	其他：							

備註：旅遊綜合險所需理賠相關文件請參考保單條款所載內容

送件人：_____ 電話：_____ # _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請注意事項：

1. 醫療費用及失能保險金，受益人為被保險人本人。
2. 若賠款賠付受益人之法定代理人的帳戶，請提供受益人與法定代理人之 **關係證明** 及 **匯款同意書**。
3. 受益人為未滿七歲，應由法定代理人代簽申請書。
4. 受益人為未滿二十歲且未婚之未成年人，除本人簽章外，尚須法定代理人簽章。
5. 如有需要，本公司得向被保險人要求另行提供必要資料。

富邦產物保險各區郵寄申請地址

- 台北市 客服一部: 10487 台北市中山區遼寧街179號7樓 電話:(02)6636-7890 #58865
- 新北市 客服二部: 22041 新北市板橋區文化路一段 266 號 3 樓 電話:(02)6620-0068 #123
- 基宜花 東區 客服: 26550 宜蘭縣羅東鎮公正路 197 號 3 樓 電話:(03)905-5066 #502
- 桃竹苗 桃苗 客服: 33042 桃園市桃園區三民路三段 245-1 號 4 樓 電話:(03)262-2688 #123
- 中彰投 中區 客服: 40357 台中市西區柳川西路二段 196 號 8 樓 電話:(04)3608-0001 #280
- 雲嘉南 嘉南 客服: 70054 台南市中西區民生路二段 279 號 8 樓 電話:(06)600-6880 #123
- 高鳳屏 高屏 客服: 80048 高雄市新興區民族二路 95 號 12 樓 電話:(07)969-8998 #123

臨櫃辦理 或 **其他申請地點** 請洽免付費專線 **0800-009-888**

收件人：_____

同意查詢聲明書

茲因申請富邦產物保險股份有限公司(下稱富邦產險)保險給付之需要，

立書人：_____以被保險人：_____身分證號碼：

_____ (關係為 本人 受益人 法定代理人或監護人) 之身分同意

委託富邦產險向 貴機構/單位索引、查詢、調閱、抄錄或影印被保險人自契約生效日：

民國_____年_____月_____日之前五年內迄本聲明書簽章日為止，不限科別之特定疾

病的相關病歷(病名：_____)或本案保險事故資料，

以為參證之處理及利用，本人並同意富邦產險就本聲明書得影印使用，其影本與正本

具相同效力。

此致

有關醫療機構、警察機關、消防機關、監理機關、海巡機關、或其它相關單位及個人

立書人簽章：_____ 身分證號碼：_____

電話(或行動電話)號碼：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ 身分證號碼：_____

(如立書人為未成年人或受監護或輔助宣告之人，請法定代理人、監護人或輔助人一併簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親愛的保戶您好，請閱讀下列說明事項

- 一、本聲明書僅供向醫療機構調閱事故人病歷或查證事故紀錄經過之用，不另做其它用途。
- 二、若您此次申請不需藉由查詢病歷評估，本公司將會從速辦理，若經評估本案需要查詢病歷而您未簽名同意時，本公司即須通知業務同仁再次勞煩您簽名，如此將會造成您時間上的不便，也將影響辦理的進度，所以請您於申請理賠的同時再於此頁簽名同意。(部分醫院需要該院的制式表格，可能需要再行簽名，業務同仁將通知您協助)。

您已簽名的部分，本公司將本於誠信及保護您個人資料安全的最高原則下保管及使用，感謝您的協助，富邦產險敬祝您平安健康。