

移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險理賠申請書

Surat Pengajuan Klaim Asuransi Biaya Rawat Inap Rumah Sakit

Pekerja Migran Penderita Pneumonia Menular Kondisi Serius (COVID-19)

基本資料 Data Pribadi					
被保險人 Pemegang Polis		護照號碼 Nomor Paspor		保險單號碼 Nomor Polis Asuransi	
連絡人員 Orang yang dihubungi			連絡電話 Nomor Telepon		
入境日期 tanggal masuk Taiwan			確診日期 tanggal positif terinfeksi		
年 tahun	月 bulan	日 tanggal	年 tahun	月 bulan	日 tanggal
檢附文件 dokumen pendukung terlampir					
<input type="checkbox"/> 醫療診斷書 Rekam medis terdiagnosis terinfeksi		<input type="checkbox"/> 境外移入病例證明文件 Sertifikat keterangan kasus terinfeksi dari luar negeri			
<input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本及醫療費用明細表 Tabel rincian biaya pengobatan dan tanda bukti asli biaya pengobatan		<input type="checkbox"/> 其他 dan lain-lain :			
保險金支付聲明暨同意事項 Surat Persetujuan dan Klaim Asuransi					
<p>茲向○○產物保險股份有限公司申請移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險給付之需要，以被保險人本人之身分，同意下列事項：</p> <p>Selaku pemegang polis asuransi mengajukan permohonan dana klaim asuransi biaya rawat inap rumah sakit bagi pekerja migran penderita pneumonia menular kondisi serius (COVID-19) kepada perusahaan asuransi _____, maka menyetujui hal-hal di bawah ini:</p> <p>一、 本人因罹患嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)於_____醫院住院治療，同意依保險契約約定本次移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險金給付予該醫院抵繳醫療費用，爾後有關移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險金如有糾紛與 貴公司無關，恐口說無憑，特立本同意書。 Saya terinfeksi penyakit pneumonia menular kondisi serius (COVID-19) dan menjalani perawatan di rumah sakit _____, menyetujui klaim dana asuransi biaya rawat inap rumah sakit bagi pekerja migran penderita pneumonia menular kondisi serius (COVID-19) akan dipergunakan untuk membiayai perawatan di rumah sakit, apabila di kedepannya ada persengketaan terkait dengan premi asuransi biaya rawat inap rumah sakit bagi pekerja migran penderita pneumonia menular kondisi serius (COVID-19) maka tidak ada sangkut paut dengan perusahaan asuransi, demikian surat ini dibuat sebagai bukti tertulis.</p> <p>被保險人/受益人(即立同意書人) Pemegang polis/ahli waris (pemohon): _____</p> <p>法定代理人/監護人 wali hukum/ wali: _____</p> <p>二、 本人已詳知並閱讀 貴公司所提供之個人資料告知事項內容，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，及其他個資相關規定，包含但不限於「歐盟個人資料保護規則」等，得為蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。Saya telah membaca dengan seksama dan memahami mengenai penggunaan data pribadi oleh perusahaan asuransi sebagaimana yang telah disampaikan, dalam cakupan standar hukum yang berlaku dan hukum perlindungan data pribadi lainnya, termasuk tidak terbatas pada 「Regulasi Umum Perlindungan Data」 hukum Uni Eropa maka menyetujui perusahaan asuransi _____ untuk mengumpulkan, memproses dan menggunakan data-data pribadi saya seperti rekam medis, pemeriksaan kesehatan dan terapi perawatan.</p> <p>被保險人/受益人(即立同意書人) Pemegang polis/ ahli waris (pemohon): _____</p> <p>法定代理人/監護人 Wali hukum/ wali: _____</p>					
中 華 民 國		年		月 日	
Republik Tiongkok		tahun ROC		bulan tanggal	
審 核 意 見 saran					理賠單位收件章 Stempel Petugas