



寵物全能綜合保險理賠申請書

115.08.18 VER

被保險人	何小鹏	保單號碼	1200○○○○○○○○○○○○○○
(行動)電話	09○○○○○○○○○○	身分證字號	A123456789
地 址	新北市板橋區○○路○○號	E-MAIL	won@○○○○.com
寵物名稱	腸旺	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：心臟瓣膜修復手術)、☒ 住院)

☐ 寵物喪葬費用

☐ 寵物侵權責任：

☐ 寵物寄宿日額費用

傷者姓名/身分證字號：_____ / _____

☐ 寵物重新取得費用

受傷寵物名稱/晶片飼主：_____ / _____

☐ 寵物協尋廣告費用

聯絡電話：_____

就診醫院：1. 貓貓動物醫院 2. 狗狗動物醫院 診斷病名：1. 心肌炎 2. 心瓣膜不全

事故原因：寵物很喘、舌頭顏色異常，送指定醫院診療後為心臟有問題，進行手術並住院

門診日期：115 年 5 月 6 日 至 115 年 8 月 6 日

手術日期：115 年 7 月 30 日 至 115 年 7 月 31 日

住院日期：115 年 7 月 30 日 至 115 年 8 月 2 日

※病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

一、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。

二、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。

三、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。

四、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/立同意書人/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)

何小鹏

理賠金匯款帳戶：請檢附金融機構或郵局之存簿封面影本，戶名限：「被保險人本人」

如有問題，請電本公司免付費客服專線：0800-024-024

紙本請郵寄至台北市大安區忠孝東路四段 219 號 4 樓 電話：(02)2776-5567 傳真：(02)2751-7478