

1. 醫院醫師診斷證明書
2. 身分證正反面(影印本)
3. 若保險金以匯款方式者，請附上存摺帳號影印本
4. 保險金申請書請簽名

※請詳閱背面各給付項目應檢附之申請文件，請務必檢附齊全，俾以儘速完成您的理賠申請程序！

保單號碼		CHBT965494		單位名稱(要保人)							
主 被 保 險 人	(員工)姓名		身分證 字號								
	出生年月日		年	月	日	連絡電話		(公司)	分機		
	主被保險人(員工)職稱/職級:		地點:								
	E-MAIL		聯絡地址								
事 故 人	姓名		身分證 字號								
	出生年月日		年	月	日	工作內容					
	與主被保險人(員工)關係: <input type="checkbox"/> 員工本人 <input type="checkbox"/> 眷屬 _____										
* 以上各項聯絡資訊僅供本次授權聯絡事宜使用，如與要保書不同而需異動，請另行提出申請變更。											
申請項目		<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input type="checkbox"/> 傷害醫療實支實付型保險金 <input type="checkbox"/> 海外突發疾病醫療保險金 <input type="checkbox"/> 海外急難救助費用保險金 <input type="checkbox"/> 航空事故保險金 <input type="checkbox"/> 兵災保險金									
意外事故說明		事故時間: _____年 _____月 _____日 _____午 _____時 _____分 地點: _____ 發生原因、經過及診斷: _____									
檢警單位處理情形		單位名稱:		電話:		處理員警:		地址:			
求診醫院/診所 (請依求診順序填寫)		1、 _____醫院/診所 電話: _____		2、 _____醫院/診所 電話: _____		3、 _____醫院/診所 電話: _____					
給付方式		<input type="checkbox"/> 郵寄支票 <input type="checkbox"/> 匯款 (說明: 採匯款者, 請附匯款帳號資料影本)									
		行庫名稱		分(支)行庫名稱							
		帳號		戶名							
*除身故保險金之受益人外, 其餘各項保險金之受益人均為被保險人(事故人)本人。 *若受益人為民法規定未成年人且無帳戶者, 經受益人於下方被保險人/受益人/立同意書人處簽章同意後, 可改附法定代理人之帳戶。(需檢附關係證明文件)											
保險金受益人: _____ 蓋章 身分證號碼: _____ (非身故件之受益人為事故人本人) 本人已詳閱『產險業履行個人資料保護法告知義務內容』 (如未成年需法定代理人簽章) 法定代理人/監護人: _____ 蓋章 身分證號碼: _____ 中華民國 _____年 _____月 _____日				保經代公司受理欄 (本公司經申請人授權 處理理賠相關事宜)  通訊處名稱		業代姓名: _____ E-mail: _____ 行動電話: _____					
						安達產險 理賠部 受理日期與案號					

※為維護貴保戶與被保險人之隱私及個人資料安全，若欲郵寄本申請書及相關附件，建議應使用掛號或快遞等方式。

## 產險業履行個人資料保護法告知義務內容

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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：

財產保險（093）、人身保險（001）、行銷(040)、金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(059)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(063)、契約、類似契約或其他法律關係事務(069)、消費者、客戶管理與服務(090)、消費者保護(091)、網路購物及其他電子商務服務(148)、調查、統計與研究分析(157)、其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)。

二、蒐集之個人資料類別：

（一）姓名；（二）身分證統一編號；（三）聯絡方式；（四）其他：詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料來源（個人資料非由當事人提供，而為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、地區及方式：

（一）期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間，或另經 台端書面同意之期間，以期限最長者為準。

（二）對象：本公司、本公司之總公司、本公司所屬安達集團之母公司及海外關係企業或分支機構、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、衛生福利部中央健康保險署、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司/保險經紀人公司（透過保險代理人公司或保險經紀人公司投保者）、與本公司合作辦理銀行保險業務之銀行、與本公司依法辦理異業合作推廣附屬性保險商品業務之機構、台端所同意之對象（例如與本公司依法辦理共同行銷或交互運用客戶資料之機構等）、依法有調查權機關或金融監理機關、本公司之總公司或母公司之監理或主管機關、本公司或本公司之總公司、母公司或海外關係企業或分支機構所使用之服務供應商、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者。

（三）地區：上述對象所在之地區（國內及國外）。

（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：以書面或客服專線（0800-339-899）通知本公司。

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。

七、本公司依法令或配合安達集團相關政策及為強化個人資料管理及保護，將可能隨時修訂本告知事項，台端同意本公司有權修訂此告知事項，並同意本公司於本告知事項修訂後，得以官網（<https://www.chubb.com/tw-zh/>）公告或其他足以使台端知悉或可得知悉之方式告知（包括但不限於以提供詳載本告知事項內容之網站連結供 台端詳閱）。

八、如台端與本公司先前簽訂之契約或文件所訂定或約定與個人資料之蒐集、處理、利用、國際傳輸有關之條款與本告知事項有所歧異者，以本告知事項及其後本公司修訂之版本為準。

【註】：上開告知事項已公告於本公司官網（<https://www.chubb.com/tw-zh/>），內容若有更動，請以官網公告版本為準。如有任何問題歡迎洽詢本公司客服專線（0800-339-899）。

受告知人：\_\_\_\_\_（簽章）

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

註：本公司履行上開告知義務，不限書面或取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。

※申請保險金應檢附文件（摘要如下，詳請參閱保單條款規定）

申請項目 應備文件	身故	失能	醫療保險金	
			海外突發疾病	傷害醫療
保險金申請書	★	★	★	★
死亡診斷書或/相驗屍體證明書	★			
除戶證明文件	★			
身故受益人身分證明	★			
身故受益人繼承系統表	★			
身故受益人全戶戶籍謄本	★			
被保險人身分證(正反面影本(註 1))	★	★	★	★
失能診斷證明書		★		
意外事故證明文件	★	★		★
X光片(有骨折時需檢附)		★		★
詳細醫師診斷書		★	★	★
同意查詢聲明書(註 2)	★	★	★	★
個資告知	★	★	★	★
特種個資同意書	★	★	★	★
醫院費用收據			★	★

備 註

- 有關醫療保險金之申請，必須另附上被保險人(事故人)之身分證正、反面影本。
- 「同意查詢聲明」因醫院或其他單位查詢所需，為快速理賠作業，請填寫被保險人(即事故人)相關資料，並由被保險人(死亡件為身故受益人)簽名及蓋章，倘被保險人(或身故受益人)係未成年者，則需再由法定代理人簽名蓋章，並檢附關係證明文件。
- 本理賠申請需待保單條款規定之相關文件齊全後再予核辦。
- 請於事故發生日起 10 日內提出申請，並於一個月內補足相關文件。
- 理賠申請程序：
  - (1)表格索取及理賠文件內容查詢請電客服專線 0800-339-899。
  - (2)備妥申請文件後，可直接郵寄本公司辦理。地址：110 台北市信義區信義路五段 8 號 10 樓。  
收件人:美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司 理賠部。

## 同意查詢聲明書

茲被保險人：

身份證字號：\_\_\_\_\_，出生日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日生，現

係因申請美商安達產物保險股份有限公司(於下稱安達產險公司)保險給付之需

要，由本人以保險契約被保險人之  本人  受益人 身份(關係：\_\_\_\_\_ )，請 貴單

位協助安達產險公司指派人員調閱、抄錄或影印所有就診病歷、電腦檔案資料或  法定代理人

本案事故之資料，以為參證之用，如發生任何異議，全由本立同意書人與安達產

險公司負責；恐口無憑，特立此書為證。

此 致

各相關醫療院所

各級警政機關與檢調單位

各保險股份有限公司

立同意書人：

身份證號碼：

(如未成年需法定代理人簽章)

法定代理人：

身份證號碼：

住址：

蓋  
章

蓋  
章

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 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**

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。

此致

美商安達產物保險股份有限公司 台灣分公司

立同意書人（被保險人）簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人 簽名：\_\_\_\_\_

中 華 民 國                      年                      月                      日