

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蓋章

保單號碼		公司名稱(要保人)	
事 故 人	被保險人	身分證字號	
	出生年月日	年 月 日	與主被保險人(員工)關係: <input type="checkbox"/> 員工本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女
	主被保險人(員工)職稱/職級:	工作內容:	型態: <input type="checkbox"/> 駐外 <input type="checkbox"/> 員工出差
	E-mail	駐外或差旅地點:	
連絡地址			
主被保險人連絡電話		(日)	(夜) (手機)
是否同意理賠文件由公司轉交 <input type="checkbox"/> 同意由公司/要保人轉交 <input type="checkbox"/> 不同意由公司轉交			
投保其他保險公司名稱		投保日期	保險金額
申 請 項 目	海外突發疾病醫療保險金	<input type="checkbox"/> 海外突發疾病門診醫療保險金 <input type="checkbox"/> 海外突發疾病門診津貼保險金 <input type="checkbox"/> 海外突發疾病急診醫療保險金 <input type="checkbox"/> 海外突發疾病住院醫療保險金 說明: 請填寫就診醫療院所名稱,就診日期及診斷病名	
	商務旅行團體傷害醫療	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金的給付(實支實付型) <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金的給付(日額型) <input type="checkbox"/> 殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 身故保險金 說明: 請填寫事故時間,發生經過及是否有檢警單位處理(如交通警察)	
	團體傷害保險傷害醫療	<input type="checkbox"/> 殘廢保險金 <input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 傷害醫療實支實付型(甲型) <input type="checkbox"/> 傷害醫療(乙型)住院/骨折保險金 說明: 請填寫事故時間,發生經過及是否有檢警單位處理(如交通警察)	
事故時間:	年 月 日	發生原因、經過:	
	午 時 分		
事故地點:	(國家)	檢警單位處理情形	
	(城市)	單位名稱:	
		處理員警:	
		電話&地址:	
求診醫院/診所	醫院/診所:	醫院/診所:	醫院/診所:
(請依求診順序填寫)	日期:	日期:	日期:
	診斷:	診斷:	診斷:
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或正楷填妥下列資料)		
	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。 *若受益人年齡不足七足歲且無帳戶則改附法定代理人之帳戶、戶口名簿影本或戶籍謄本。		
保險金受益人: _____		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)	業代姓名: _____
身分證號碼: _____			聯絡/行動電話: _____
(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』			
法定代理人/監護人: _____		安達產險 理賠部 受理日期與案號	
身分證號碼: _____			
中華民國 年 月 日			

※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：

（一）姓名；（二）身分證統一編號；（三）聯絡方式；（四）病歷、醫療、健康檢查；及/或（五）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。
- （二）對象：本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。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	殘廢	醫療保險金				旅行平安保險		
			日額	急診	手術	傷害醫療	傷害醫療	海外突發疾病	重大燒燙傷
保險金申請書	★	★	★	★	★	★	★	★	★
差旅或駐外證明	★	★	★	★	★	★	★	★	★
死亡診斷書或相驗屍體證明書	★								
解剖報告書	★								
除戶證明文件	★								
身故受益人身分證明	★								
被保險人(事故人)身分證正反面影本 ^(註1)		★	★	★	★	★	★	★	★
殘廢(或燒燙傷)診斷證明書		★							★
意外事故證明文件	★	★	★	★	★	★	★		★
X光片		★				★	★		
詳細醫師診斷書			★	★	★	★	★	★	
同意查詢聲明書 ^(註2)	★	★	★	★	★	★	★	★	★
特種個資同意書	★	★	★	★	★	★	★	★	★
病理檢查／組織報告 ^(註3)			★	★	★				
被保險人有效護照影本							★	★	★
醫院費用收據正本						★	★	★	

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。

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_____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。

「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，
本人(受益人)同意安達產險公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進
行比對。」

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：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

聲 明 書/ Declaration

茲被保險人/受益人(Insured/ beneficiary)：

身份證字號(ID)：

出生日期(Birthday)： 年 月 日)

因本人(受益人)在台並無開立銀行帳戶，請貴公司將保險金逕予支付要保人，本人承認當要保人受領保險金後，貴公司即已完成理賠責任。

Any Benefits payable under this Policy shall be paid to the Policyholder. Any receipt by the Policyholder of any Benefit payable under this Policy shall in all cases be deemed final and complete discharge of all liability of the Company in respect of such Benefit.

此 致

美商安達產物保險股份有限公司

Insurance Company of North America, Taiwan Branch

立同意書人/Policyholder：

身份證號碼/ ID：

(如未成年需法定代理人簽章)

法定代理人 /Legal representative：

身份證號碼 /ID：

住址 Address：

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