

美商安達產物保險股份有限公司  
僱主補償契約及職災補償及意外責任保險金申請書

保單號碼		被保險公司名稱	
公司連絡人		連絡電話 (公司)	
基本資料	事故人	身份證字號	
	出生年月日	年 月 日	受僱起始日 年 月 日
	職稱/職級	工作內容	
	事故時間	年 月 日 午 時 分	事故地點
	事故人地址	電話 (公司)	(手機)
	事故處理位	<input type="checkbox"/> 檢警單位：分局 派出所 員警姓名： 電話：	
		<input type="checkbox"/> 勞工主管機關：局/處 承辦人員： 電話：	
事故及傷害描述			
僱主補償/意外	<input type="checkbox"/> 身故補償金 <input type="checkbox"/> 一般事故 <input type="checkbox"/> 航空意外事故 <input type="checkbox"/> 高鐵意外事故		
	<input type="checkbox"/> 失能保險金 <input type="checkbox"/> 一般事故 <input type="checkbox"/> 航空意外事故 <input type="checkbox"/> 高鐵意外事故		
	<input type="checkbox"/> 住院費用補償金 <input type="checkbox"/> 住院日額 <input type="checkbox"/> 骨折未住院 <input type="checkbox"/> 加護病房住院(十四日為限)		
	<input type="checkbox"/> 慰問補償金 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 住院(連續三日以上)		
	<input type="checkbox"/> 重大燒燙傷補償金		
	<input type="checkbox"/> 醫療費用慰問金 / 補償金 <input type="checkbox"/> 僱主法定責任		
職災	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input type="checkbox"/> 工資補償保險金 <input type="checkbox"/> 喪失作能力保險金		
事故	<input type="checkbox"/> 執行職務 <input type="checkbox"/> 非執行職務		
給付對象 <input type="checkbox"/> 員工(請填寫以下保險金委託給付聲明) <input type="checkbox"/> 支付公司(請填寫附件聲明書)			
<p>保險金委託給付聲明</p> <p>本公司員工_____於____年____月____日發生意外事故，本公司依雙方約定之員工補償規則，應予以補償，並依所投保安達保險公司僱主補償契約責任保險提出理賠申請。請安達保險公司協助將依保單條款核定之理賠金額，依以下給付方式，逕付予該員工或其受益人。倘日後上述保險金之指定給付所衍生之爭議，甚為涉訟或其他第三人請求，致使 貴公司遭受損失，本公司願負一切法律責任，與 貴公司無涉。本公司明瞭上述事故若未與請求權人(員工或受益人)經和解程序並簽定和解書，即使請求權人受領此保險理賠金亦無法減少或免除本公司就此事依法應負之賠償責任，本公司同意就此事應擔負之法律責任概由本公司負擔，與 貴公司無涉。</p> <p style="text-align: center;">被保險人簽章(公司大小章)</p> <p style="text-align: center;">中華民國 年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div> </div>			
給付方式 <input type="checkbox"/> 郵寄支票 <input type="checkbox"/> 匯款 (說明：採匯款者，請檢附有銀行名稱、分行及帳號資料之清晰影本資料)			
被保險公司： _____ 統一編號： _____		保經代公司欄 (本公司經被保險人授權處理理賠相關事宜) (煩請加蓋保經公司名稱章)	
中華民國 年 月 日		連絡人姓名： _____ 公司電話： _____ 行動電話： _____ E-Mail： _____	
本公司已將「產險業履行個人資料保護法告知通知事項」交索賠人詳閱		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。

# 聲明書

本人\_\_\_\_\_為\_\_\_\_\_公司員工，於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日遭遇

\_\_\_\_\_意外事故，業已於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日收到公司給付金額新台幣\_\_\_\_\_千\_\_\_\_\_百\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_元整，做為此事故之補償。

立聲明書人：

(簽名蓋章)

身分證號：

地址：

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

CHUBB®

## 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



※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	醫療補償金				重大燒燙傷
			日額	骨折津貼	加護病房	傷害醫療	
保險金申請書	★	★	★	★	★	★	★
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	★						
身故受益人繼承系統表	★						
身故受益人全戶戶籍謄本	★						
受僱人身分證(正反面影本(註1))	★	★	★	★	★	★	★
失能(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)	★	★	★	★	★	★	★
個資告知	★	★	★	★	★	★	★
特種個資同意書	★	★	★	★	★	★	★
醫院費用收據						★	
員工在職證明(勞保卡等)	★	★	★	★	★	★	★
勞保局核定通知書(職災申請)	★	★	★	★	★	★	★
職災事故證明、上下班打卡記錄證明	★	★	★	★	★	★	★
被保險人有效護照影本(海外出差)	★	★	★	★	★	★	★

備註

1. 保險金之申請，必須另附上受僱人之身分證正、反面影本。
  2. 「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，請填寫受僱人相關資料，並由受僱人(死亡件為身故受益人)簽名及蓋章，倘受僱人(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。
- \*無法提供相關身分證明文件做為佐證受益人、被保險人及法定代理人身分者，保險公司將可能無法受理本次申請。
3. 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。
  4. 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。
  5. 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

茲本人：

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，由本人以保險契約理賠申請人之\_\_\_\_\_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



## 用詞調整對照表

茲配合中華民國 107 年 6 月 15 日修正實施之「保險法」部分條文修正案，本分公司相關理賠申請文件之用詞修正調整如下，保戶權益將不受用詞調整之影響。

原用詞	新用詞
殘廢	失能
死殘	死亡及失能
全殘	完全失能
腦中風後殘障	腦中風後障礙
殘障	機能障礙
殘缺	缺損
殘扶	失能扶助
殘疾	疾病失能
傷殘	傷害失能
失能	喪失工作能力
精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者	受監護宣告尚未撤銷者