

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	身分證字號	
	出生年月日	年 月 日	受僱起始日 年 月 日
	職稱/職級	工作內容	
	事故人地址	電話	(公司) (手機)
	事故時間	年 月 日 午 時 分	事故地點
	事故處理單位	<input type="checkbox"/> 警察單位：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：	
	事故經過	<input type="checkbox"/> 執行職務 <input type="checkbox"/> 非執行職務	
僱補	<input type="checkbox"/> 身故補償金/慰問補償金 <input type="checkbox"/> 失能補償金/慰問補償金 <input type="checkbox"/> 特定燒燙傷補償金 <input type="checkbox"/> 住院費用補償金/慰問補償金(住院滿三天) <input type="checkbox"/> 加護病房住院費用補償金(十四日為限) <input type="checkbox"/> 醫療費用補償金		
	<input type="checkbox"/> 身故補償金 <input type="checkbox"/> 失能補償金 <input type="checkbox"/> 所得補償金 <input type="checkbox"/> 喪失工作能力補償金 <input type="checkbox"/> 雇主法定意外責任保險金		
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)			
保險金委託給付聲明 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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             被保險人簽章(公司大小章)               中華民國 年 月 日           </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin-left: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin-left: 20px;"></div> </div>			
給付方式： <input type="checkbox"/> 郵寄支票 <input type="checkbox"/> 匯款，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： _____ 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  中華民國 年 月 日		保經代公司欄 (本公司經被保險人授權處理理賠相關事宜)  (蓋章)	連絡人： _____ 公司電話： _____ 行動電話： _____ E-Mail： _____

※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。  
20230517

# 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 \_\_\_\_\_ 萬

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

## 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)。

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(員工)簽名: \_\_\_\_\_

法定代理人: \_\_\_\_\_

中華民國

年

月

日



## 僱主責任保險 損失通知暨事故經過說明書

保單號碼		公司名稱	
公司連絡人		連絡電話	(公司)
職稱		Email Address	
基本資料事項	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)
	事故處理單位	<input type="checkbox"/> 檢警單位： 分局 派出所 <input type="checkbox"/> 勞工主管機關： 局/處	員警姓名： 電話： 承辦人員： 電話：
	意外事故說明		
	傷害描述		
	就醫醫院名稱		
	事故人之賠償請求		

※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 <sup>(註1)</sup> )	★	★	★	★	★	★	★
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		★	★	★	★	★	★
醫院費用收據正本或副本						★	
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、 上下班出勤記錄證明	★	★	★	★	★	★	★
被保險人有效護照影本(海外出差)	★	★	★	★	★	★	★

備註：

1. 保險金之申請，必須附上受僱人之身分證正、反面影本。
2. 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。
3. 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。
4. 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。