

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

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

保單號碼		要保人/單位			
事故人	被保險人	身分證字號			
	出生年月日	年 月 日	與要保人關係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> _____		
	目前職業	工作內容:			
	連絡地址				
	永久地址				
	E-mail				
連絡電話	(日)	(夜)	(手機)		
<b>* 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。</b>					
投保其他保險公司名稱		投保日期		保險金額	
申請項目 ( <input type="checkbox"/> 個人保險 <input type="checkbox"/> 團體保險)	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input type="checkbox"/> 醫療保險金(住院日額；急診>6小時或住院；醫院門/急診/住院手術) <input type="checkbox"/> 癌症(初罹、特定、外科手術)保險金 <input type="checkbox"/> 重大(特定)疾病保險金 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 旅行平安保險醫療保險金(海外突發疾病、傷害醫療) <input type="checkbox"/> 旅行平安保險重大燒燙傷保險金 <input type="checkbox"/> 食物中毒慰問保險金				
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，請檢附有銀行名稱、分行及帳號資料之清晰影本資料)				
	<b>*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。</b>				
保險金受益人： _____		蓋章	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)		
身分證號碼： _____			業代姓名： _____		
(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： _____		E-mail： _____			
身分證號碼： _____		行動電話： _____			
中華民國 年 月 日		通訊處名稱			
		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。

**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

## 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

※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				癌症保險			重大 特定 疾病	骨折 津貼 (BB)	旅行平安保險			
			日 額	急 診	傷 害 醫 療	手 術	初 罹 (特 定)	身 故	外 科 手 術			傷 害 醫 療	海 外 突 發 疾 病	重 大 燒 燙 傷	食 物 中 毒
保險金申請書	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
保險單	★	★					★	★							
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	★							★							
被保險人(事 故人)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)	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
個資告知書	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
特種個資同意	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
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

- 1.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。
- 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。
- 3.首次因惡性腫瘤、惡性疾病申請醫療保險金，必須另附上病理組織報告或檢驗報告。
- 4.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。
- 5.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。
- 6.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

本人

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

法定代理人

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：

蓋  
章

蓋  
章

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

# 病歷資料調閱授權書

103.09

立授權書人 茲授權安達產物保險股份有限公司(下稱被授權人)向 貴醫院(診所)查詢並以書面方式提供醫療相關資料，授權查詢事項如下：

## 一、被查詢人基本資料

姓 名：\_\_\_\_\_

出生年月日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

身分證統一編號：\_\_\_\_\_

## 二、與被查詢人之關係(請勾選)(註1)

- 本人
- 利害關係人(請同時勾選下列項目其中一項)
- 法定代理人 繼承人 監護人 輔助人

## 三、調閱病歷資料用途(請勾選)

- 投保商業保險
- 申請商業保險理賠
- 申請商業保險契約內容異動變更(請同時勾選下列項目其中一項)(註2)
- 補行告知 契約轉換 增加保險金額

## 四、被查詢人就診資料查閱範圍(請就查詢範圍勾選後依示填寫)

- 被查詢人在 貴醫院(診所)之全部門、急診紀錄
- 如有在 貴醫院(診所)住院者，另提供各次住院之全部出(住)院病歷摘要
- 查詢自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日往前回溯\_\_\_\_\_年(不得超過5年)之全部門、急診紀錄
- 前開期間內如有在 貴醫院(診所)住院者，另提供期間內各次住院之全部出(住)院病歷摘要
- 特定就診資料
- 查詢期間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日前\_\_\_\_\_年(月)內。
- 就診科別：\_\_\_\_\_ (應具體列明，但不以一科為限)
- 就診病名：\_\_\_\_\_ (應具體列明，但不以一項病名為限)
- 查詢項目(請勾選，可複選)：
- 門、急診紀錄 出(住)院病歷摘要 檢驗紀錄 護理紀錄
- 其他(請填寫)\_\_\_\_\_

五、授權有效期間：本授權書書立日期起6個月。

六、被授權人對於因本件授權而取得之任何資料、文件、訊息等，不得違法利用侵害立授權書人、被查詢人或其他任何人之權益。被授權人如違反上開約定，應依法負擔民事、刑事及行政法等法律責任。

立授權書人另聲明同意下列事項：

一、請就下列事項勾選，未勾選者視同僅同意以本授權書正本向 貴醫院(診所)申請查詢。

- 被授權人應以正式公文檢附本授權書正本向 貴醫院(診所)申請查詢。
- 被授權人得以正式公文檢附本授權書影本向 貴醫院(診所)申請查詢，並應於本授權書影本加註「本影本與正本相同，如發生異議，一切由被授權人負完全法律責任。」之文字並加蓋與公文相關之專用圖記作背書者，立授權書人同意該授權書影本與正本具同等效力。

- 二、立授權書人已知悉本授權書所授權查閱之病歷資料內容，可能含有人類免疫缺乏病毒傳染病或其他法定傳染病之資料。被授權人應向立授權書人當面口頭詳細說明，讓立授權書人確定知悉其可能授權之範圍和風險，立授權書人亦可保有相關撤回之權利。
- 三、因本授權書內容或效力所生之爭議，應由被授權人負責，概予 貴醫院(診所)無關，立授權書人或被查詢人不得向 貴醫院(診所)為任何法律上之主張。

此致

貴醫院（診所）

立授權書人簽名：\_\_\_\_\_ 蓋章  
身分證統一編號：\_\_\_\_\_ 章  
聯絡地址： \_\_\_\_\_  
聯絡電話： (\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_

被授權人： 安達產物保險股份有限公司  
聯絡地址： 台北市信義路五段8號10樓  
聯絡人姓名： \_\_\_\_\_  
聯絡電話： (\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_

本授權書書立日期： 中華民國 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

- 註： 1. 利害關係人授權申請者，應同時檢附立授權書人之身分證明文件影本及證明與被查詢人間具有本授權書上所記載利害關係之文件影本(如戶口名簿、除戶戶籍謄本、法院裁定等，視利害關係人之身分提出之)。
2. 「補行告知」係指保險契約投保後簽發保單前新發生或發現影響保險公司危險估計之事項，由要保人(被保險人)向保險公司再行告知；「契約轉換」係指要保人以現有保險契約申請轉換為同一人壽(產物)保險公司之其他保險契約；「增加保險金額」係指要保人以現有保險契約申請增加保險金額。

## 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