

申請項目：☐團體保險☒身故 ☐失能 ☐意外醫療

保單號碼	請參考加保系統上的投保證明		要保人/單位	學校校名(全名)	
被保險人	事故學生姓名	身份證字號	事故學生身分證字號	出生日期	年 月 日
目前職業/工作內容/地點			與要保人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input checked="" type="checkbox"/> 學生	
連絡地址					
E-mail	連絡電話		(日)	(手機)	
* 以上各項聯絡資訊僅授權本次聯絡事宜使用，如與要保書不同而需異動，請向客服單位提出變更申請。					
投保其他保險公司名稱			投保日期	保險金額	
事故時間： 年 月 日 午 時，事故地點：					
事故發生經過（請據實填寫，以免影響權益）：					
警方處理單位	單位名稱： 分局 派出所/交通隊，警員： ，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） *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)				
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。 申請項目為身故保險金者，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。					
同意查詢聲明書 立同意書人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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 法定代理人身份(關係：)，請各級警政機關、檢調單位、各級消防機關、救護單位及各保險股份有限公司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。					
被保險人/受益人/立同意書人 簽章： 身份證號碼： （非身故件之受益人為事故人本人） 法定代理人/監護人 簽章： 身份證號碼：					
申請日期：中華民國 年 月 日 ※本人已詳閱「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」					
保經代公司受理欄【請蓋保經代簽署章】 《本公司經申請人授權處理理賠相關事宜》			業代姓名： _____ 行動電話： _____ E-mail： _____ 送件單位： _____		

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「理賠部」收。

※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。

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. 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。

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。

2025.03.

※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	
			日額	傷害醫療
保險金申請書	★	★	★	★
死亡證明書/相驗屍體證明書	★			
除戶證明文件	★			
受益人身分證明	★			
被保險人(事故人)身分證影本(註1)		★	★	★
失能/燒燙傷診斷證明書		★		
意外事故證明文件	★	★	★	★
X光片/光碟片		★	★	
醫師診斷證明書		★	★	★
病理檢查／組織報告(註2)			★	
被保險人有效護照影本				
醫療費用收據				★
骨髓移植證明書				
全民健康保險核退單				

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。

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

立授權書人 **學生姓名** 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: **學生姓名**; 出生日期: _____年____月____日; 身分證字號: _____

✓二、與被查詢人之關係(請勾選)

☐本人 ☐利害關係人(請同時勾選其中一項: ☐法定代理人 ☐繼承人 ☐監護人 ☐輔助人)

【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)】

✓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

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) **授權書人必須簽名+蓋章**



✓立授權書人簽章: _____

✓身分證統一編號: _____

✓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: _____ 聯絡電話: (____)-_____

✓本授權書書立日期: 中華民國 _____年____月____日