

※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	離境原因 <input type="checkbox"/> 商務 <input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 其他：
	旅遊地點	起迄日與時	月 日 時~ 月 日 時
	連絡地址		
	永久地址		
	E-mail		
	連絡電話	(日)	(夜)
投保其他保險公司名稱		投保日期	保險金額
緊急事故之醫療 援助申請項目	<input type="checkbox"/> 代墊住院醫療費用 <input type="checkbox"/> 安排緊急醫療轉送 <input type="checkbox"/> 安排緊急醫療轉送回國 <input type="checkbox"/> 安排親友前往探視 <input type="checkbox"/> 安排遺體/骨灰運送回國或當地安葬 <input type="checkbox"/> 安排未成年子女返國		
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	
*除安排遺體骨灰運送回國或當地安葬之費用受益人外，其餘各項費用之受益人均為被保險人本人。 *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。			
被保險人： _____		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： _____ (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』			e-mail： _____
法定代理人/監護人： _____		通訊處名稱 _____	行動電話： _____
身分證號碼： _____			
中華民國 年 月 日		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。

※ 申請海外急難援助費用應檢附文件（摘要如下，詳請參閱相關條款規定）

申請項目 應備文件	安排緊急醫療 轉送	安排緊急醫療 轉送回國	安排遺體骨灰 運送回國或 當地安葬	安排親友 前往探視	安排未成年子 女返國	
海外急難援助費用申請書	★	★	★	★	★	
死亡證明或相驗證明文件	★		★		★	
除戶戶籍謄本			★			
被保險人(事故人) 身分證正反面影本 (註1)	★	★	★	★	★	
被保險人(事故人) 護照影本	★	★	★	★	★	
意外事故證明文件	★	★	★	★	★	
詳細醫師診斷書	★	★	★	★	★	
海外急難援助費用 正本收據 (註2)	★	★	★	★	★	
未成年子女或親友 身份證明文件及護照影本				★	★	
同意查詢聲明書 (註3)	★	★	★	★	★	

備 註

1. 有關海外急難援助費用之申請，必須另附上被保險人(事故人)之身分證正反面影本。
2. 有關海外急難援助費用之申請，係依該相關費用之正本收據辦理，無予接受非正本收據。
有關安排親友前往探視與安排未成年子女返國之經濟艙機票費用申請，請附上該機票票根正本與購買收據。
3. 「同意查詢聲明書」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(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。
4. 有關海外急難援助費用申請需待該各項所須之相關文件齊全後再予核辦。

海外急難援助費用申請程序：

- (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。

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。

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 本人
 受益人 身
 法定代理人
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：

蓋
章

蓋
章

中 華 民 國 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