

申請項目：☐個人保險 ☒團體保險【☐身故 ☐失能 ☐重大燒燙傷 ☐癌症/重大/特定疾病 ☐住院醫療 ☐意外醫療☐旅行平安險醫療 ☐旅遊不便險 ☐青年海外旅遊醫療】

保單號碼	XXXXXX		要保人/單位	XXXXXX		
事	被保險人	王大明	身份證字號	A123XXXXXX	出生日期	63年 01月 01日
故	目前職業/工作內容/地點			與要保人關係	☒ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐	
人	連絡地址	台北市XX區XX路XXXXXX				
	E-mail	XXX@XXX.COM.TW		連絡電話	(日) 02-8785-XXXX (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：107年 5月 1日 X 午 X時，事故地點：XXXXXXXX

事故發生經過（請據實填寫，以免影響權益）：

XXXXXX

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	☐ 郵寄支票 ☒ 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。
	*若受益人年齡不足七足歲且無帳戶則改附法定代理人之帳戶及戶口名簿影本或戶籍謄本。

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☐本人☐受益人☐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：王大明 身份證號碼：A123XXXXXX

(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。

美世保險經紀人股份有限公司

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本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、處理及利用，除本公司「蒐集、處理及利用個人資料告知書」所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

美世保險經紀人股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名： 王大明

(被保險人(事故人)請務必於此欄簽名)

法定代理人簽名： _____

(若被保險人(事故人)未滿二十歲，法定代理人請務必於此欄簽名)

中 華 民 國 年 月 日