



專業責任保險(教師工會) 事故通知書

Important Note: This form sets out only a preliminary list of information which we require to consider policy coverage. Each matter is unique and please be aware that the Insured/Company may require to submit further information/ documentation. Receipt of this form shall not be construed as our admission of policy liability and all of our rights are reserved.

Preliminary Information and Document Required on Notification

1. Name of the Policyholder : 要保人 :
2. Policy Number: Policy Period : 保險單號碼 : 保險期間 :
3. When did the Insured first became aware of the matter leading to the claim or the circumstances the give raise to the claim : 被保險人首次知悉可能會導致此賠償請求事件之時間 :
4. When did the claim or intimation of claim First made against the Insured : 被保險人首次遭受此賠償請求事件之日期 :
5. Details of the claim is being made against : 本次事故遭受賠償請求之對象姓名及職務 :
6. Name of the Claimant 請求人姓名 :
7. Amount of claim or possible claim : 第三人請求賠償金額 :
8. Details of the Claim / circumstances of incident : 詳述此賠償請求事件 / 詳述預期將導致賠償請求之理由、發生日期、相關不當行為、 相關人員等詳細資料 :
9. Details of any law firm retained to represent the Insured : 詳述受雇為此賠償請求進行抗辯或提供相關法律服務之律師事務所資訊 :



10. Details of any other policy that may afford cover : 是否有其他保險單對於此賠償請求需負責。若有，請詳述：
11. Please submit all documentation in relation to this notification including but not limited to complaint letter, claim letters, correspondences between the Insured and the claimant / any authority, regulatory proceeding documents, criminal prosecution documents, writ of summons, statement of claim, investigation report and any other documentation that may facilitate our decision. (Note: Further information may be required upon receiving the above) 請提供此賠償請求事件相關之所有文件，包括但不限於對被保險人提出賠償請求之書面通知、法院公文、傳票、訴狀、起訴書及主管機關或其他行政機關之公文
Please identify the information / documentation that the Insured / Company could not provide and advise reason. 若未能於此時提供上述資訊或文件，請告知未能提供之原因
12. Contact Name, Telephone Number, Fax and e-mail 聯絡人姓名： 電話： 傳真： 電子郵件信箱：

I/We hereby declare that the foregoing particulars are true in every respect.
茲特聲明本申請書所填事項均屬實並無隱瞞或不實說明等情事。

Date:
日期

Signature of Authorized
Representative of Policyholder:
公司簽章

Please return this page, signed, along with the requested documents, to:
請連同相關文件回擲本公司理賠部

新加坡商美國國際產物保險股份有限公司台灣分公司 理賠部
臺北市松山區敦化北路 260 號 4 樓
電話: 02 7747 1988 傳真: 02 7707 0577



個人資料告知事項

新加坡商美國國際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、第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

人身保險(〇〇一)、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(〇五九)、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(〇六三)、財產保險(〇九三)及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：

姓名、身分證統一編號、聯絡方式，詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、來源：

(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、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(分)公司、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、本公司母公司、本公司所屬集團成員公司、本公司母公司或所屬集團成員公司之監理或主管機構。

(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：請提出書面申請或可透過 aigtaiwan@aig.com 電子郵件信箱與本公司聯繫。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

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