

# 汽車保險理賠申請書

105年10月18日版

※被保險人請填寫「紅色粗框線內」之欄位

保險單號碼		保險期間	年 月 日	任意險賠案號碼	
保險單號碼		保險期間	年 月 日	強制險賠案號碼	
被保險人	廠牌型式		牌照號碼		
電話	公司( ): 住宅( ):	行動電話	E-mail		
駕駛人	與被保險人關係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 僱傭關係 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 其他		
駕照號碼		出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國
電話	公司( ): 住宅( ):	行動電話	E-mail		
地址	縣 市 鄉 鎮 區 路 段 巷 弄 號 樓 室 市 鎮 區 (街)				
事故時間	年 月 日 時 分	事故地點	1. 縣(市) 鄉鎮區 路(街) 2. 國道: 號 <input type="checkbox"/> 南下 <input type="checkbox"/> 北上 <input type="checkbox"/> 東向 <input type="checkbox"/> 西向 公里		
警方處理	<input type="checkbox"/> 現場處理 <input type="checkbox"/> 備案 <input type="checkbox"/> 無警處理 <input type="checkbox"/> 0800 現場處理	處理單位	處理員警	電話	
被保險汽車	是否承保車體險: <input type="checkbox"/> 是 ; <input type="checkbox"/> 否	放置修理廠	修理廠統編(ID)		
出險情形:(可複選) <input type="checkbox"/> 不明受損 <input type="checkbox"/> 自行碰撞 <input type="checkbox"/> 與他車碰撞 <input type="checkbox"/> 人員傷亡 <input type="checkbox"/> 整車被竊 <input type="checkbox"/> 零件被竊 <input type="checkbox"/> 其他_____					
損失情況:(可複選) <input type="checkbox"/> 無損害 <input type="checkbox"/> 車輛受損 <input type="checkbox"/> 非車輛財物受損 <input type="checkbox"/> 無人員受傷 <input type="checkbox"/> 駕駛受傷 <input type="checkbox"/> 乘客受傷 <input type="checkbox"/> 行人受傷 <input type="checkbox"/> 其他_____					
對方資料	駕駛姓名	牌照號碼	聯絡電話	傷者姓名	車輛損壞 / 人員受傷情形
<b>聲明事項:</b> 本申請書所填寫各項均為真實情形, 否則自願放棄保險單之一切權利。 <b>委任事項:</b> 本人 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 委任 貴公司(理賠人員)就本事故, 依法應對第三人之財物損失負責賠償時, 得於保險金額範圍內, 全權處理第三人財物損失之和解事宜, 惟涉及人員傷亡時, 則不在本授權範圍內。					
填報日期			年 月 日	被保險人簽名或蓋章: _____	

## 產險業履行個人資料保護法告知義務內容

兆豐產物保險股份有限公司(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:

- 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)。
- 蒐集之個人資料類別:姓名、身分證統一編號/護照號碼、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查、職業、保險資料等, 詳如相關業務申請書或契約書內容。
- 個人資料之來源(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。
- 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、財資資訊公司、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。
- 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:依本公司官網之「兆豐產物保險股份有限公司當事人依個人資料保護法行使權利申請書」行使之。
- 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提供, 而為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, 因此可能婉拒承保、延遲或無法提供台端相關服務或給付。

【註】:上開告知事項已公告於本公司官網(<http://www.cki.com.tw/>), 如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800-053-588 免付費專線。

經 貴公司向本人告知上開事項, 本人已清楚瞭解 貴公司蒐集、處理或利用本人個人資料之目的及用途。

申請人(即受告知人)簽名或蓋章: \_\_\_\_\_

※保險公司填寫:

收件章(日期):	理賠人員:	險 種		
	保費狀況: <input type="checkbox"/> 已收 <input type="checkbox"/> 未收 <input type="checkbox"/> 其他_____	預估金額		