



兆豐保險
Chung Kuo Insurance

個人旅行綜合保險理賠申請書

107年9月版

個人保險理賠服務部 地址：10044 台北市中正區武昌街一段 58 號 1 樓
電話：02-21910015 傳真：02-23811765

賠案號碼：

保單號碼				保險期間	民國	年	月	日	至民國	年	月	日
被保險人姓名				出生	年	月	日	身分證字號				
被保險人住址：												
電話：(公) (宅) (手機)												
事故發生日期	民國			年	月	日	時	發生地點				
事故發生原因 經過(請詳述)												
申請項目：												
☐ 旅行文件重置費用 ☐ 行李延誤/遺失(損失) ☐ 班機延誤/取消慰問金 ☐ 班機改降補償金 ☐ 額外住宿費用 ☐ 旅程取消或縮短費用 ☐ 劫機慰問金 ☐ 食物中毒慰問金 ☐ 現金竊盜損失慰問金 ☐ 意外死亡 ☐ 意外失能 ☐ 意外醫療費用 ☐ 海外突發疾病醫療費用 ☐ 海外急難救助費用 ☐ 其他												
就診醫院名稱												
是否投保其他保險公司保險： ☐ 是 ☐ 否 如是請告知：												
理賠金給付方式：												
1. ☐ 支票寄送受益人地址：_____												
2. ☐ 匯款(需為受益人本人帳戶，並請檢附金融機構存摺影本)												
_____ (銀行、郵局) _____ (分行、局號) 帳號 _____												
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： 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：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。 三、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 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：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。 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、遲延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。												
同意調查授權聲明書 一、茲因向兆豐產物保險股份有限公司申請保險給付之需要，以被保險人(☐本人☐父母☐配偶☐子女☐受益人)之身份，同意由該公司指派人員為代理人向醫院(診所)、警察局(派出所、交通隊)、地檢署申請調閱、抄錄或影印被保險人與本次理賠申請有關之就診病歷、電腦檔案資料或筆錄、報告予該公司做為參證之用。(本授權書之影本效力相同於正本)。 二、如為申請身故理賠項目，為確認本次理賠申請所檢附檢驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本人(受益人)同意 貴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。 (立書人已閱讀、瞭解上開告知事項，並同意提供本人個人資料。)												
被保險人/受益人：_____ 簽章 法定代理人/輔助人：_____ 簽章 中 華 民 國 年 月 日												
個人保險 理賠服務部 收 文 章				送件單位 日期章								

兆豐產物保險股份有限公司

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「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」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

兆豐產物保險股份有限公司

立同意書人 簽名：_____

法定代理人 簽名：_____

中華民國 年 月 日