

# 汽車保險理賠申請書

110 年 10 月 16 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( ):<br>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"/> 直系親屬 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 受僱者<br><input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 負責人家屬 <input type="checkbox"/> 租用被保險車輛 <input type="checkbox"/> 其他 |      |           |      |                                                          |                                                                                                                          |
| 駕照號碼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |           |      | 出生日期                                                     | 年 月 日 性別                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |           |      | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 婚姻 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚<br>國籍 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 |
| 電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 公司( ):<br>住宅( ):                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 行動電話    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |      | E-mail    |      |                                                          |                                                                                                                          |
| 地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 縣市鄉鎮區路段巷弄號樓室<br>(街)                                                                                                                                                                                                                                               |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |           |      |                                                          |                                                                                                                          |
| 事故時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日 時 分                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 事故地點    | 1. 縣(市) 鄉鎮區 路(街)<br>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_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |           |      |                                                          |                                                                                                                          |
| 對方資料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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_____ |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |           |      |                                                          |                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |           |      |                                                          |                                                                                                                          |
| <p><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。</p> <p><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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |           |      |                                                          |                                                                                                                          |
| <p align="center"><b>產險業履行個人資料保護法告知義務內容</b></p> <p>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:</p> <p>一、蒐集之目的:(一)財產保險(〇九三)。(二)人身保險(〇〇一)。(三)行銷(包含金控共同行銷業務)(〇四〇)。(四)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)。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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、本公司所屬兆豐金融控股股份有限公司、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。(三)地區: 上述對象所在地之地區。(四)方式: 合於法令規定之利用方式。</p> <p>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。</p> <p>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、延遲或無法提供台端相關服務或給付。</p> <p>【註】: 上開告知事項已公告於本公司官網 (<a href="https://www.cki.com.tw/">https://www.cki.com.tw/</a>), 如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800-053-588 免付費專線。</p> <p align="center"><b>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。</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |           |      |                                                          |                                                                                                                          |
| <p>被保險人簽章: _____ 駕駛人簽章: _____ 法定代理人簽章: _____</p> <p>(法人請蓋公司大、小章) 填報日期: 年 月 日</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |           |      |                                                          |                                                                                                                          |

※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 |  |  |  |