

1-W00X0031-0

賠案號碼

基本資料(\*為必填欄位)



Form with fields for Insured Person, Driver, Address, Phone, and Vehicle Information.

被保險汽(機)車事故情形概述(\*為必填欄位)

Form for accident details including time, location, police report, and damage assessment.

蒐集、處理及利用保戶個人資料告知書

富邦產物保險股份有限公司(下稱本公司)辦理您的理賠申請而蒐集、處理或利用您的病歷、醫療或與事故經過相關的查證等資料...

同意授權書

本人(車主本人) 瞭解且同意委任貴公司就本事故，依法應對第三人之財物損失負賠償責任時，得於保險金額範圍內，全權處理賠償第三人財物損失之和解事宜...

登錄/身份證號: 送件人員(見證人)簽章: 行動電話:

以下由本公司經辦人填寫

Form for case processing including dates, staff, and vehicle status.

## 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

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、處理或利用，除本公司「告知說明書」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、處理或利用，將於人身保險及財產保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、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 台端不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料，本公司將可能無法提供 台端相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

立同意書人已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。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

富邦產物保險股份有限公司

立同意書人 簽名： \_\_\_\_\_

法定代理人/  
監護人/輔助人 簽名： \_\_\_\_\_

(如立書人為未成年人或受監護或輔助宣告之人，請法定代理人、監護人或輔助人一併簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

 中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

0-Y00X0150-0



## 同意查閱病歷聲明書

因本人 ✓ 富小邦 於 ✓ 113 年 05 月 20 日在 ✓ 台北市  
中山區遼寧街175號 發生交通事故，為申請強制汽車責任保險給  
付或補償之需要，本人同意授權 \_\_\_\_\_ 所指定之人，向 貴院  
(診所) 調閱、抄錄或影印本人之相關病歷資料，如因調閱、抄錄或影  
印資料而發生糾紛，概由本人負責，恐口說無憑，特立此書為證。

此致

醫院 (診所)

立聲明書人： ✓ (立聲明書人正楷簽名)

(簽章)

身分證號碼： ✓ A120000000

中華民國 ✓ 113 年 06 月 05 日

---

## 同意複檢聲明書

茲受害人 ✓ 富小邦 於 ✓ 113 年 05 月 20 日 16 時在 ✓ 台北  
市中山區遼寧街175號 發生交通事故，為申請強制汽車責任保險失  
能給付保險金之需要，依「強制汽車責任保險法」第二五條第二項、  
「強制汽車責任保險給付標準」第八條與行政院金融監督管理委員會公  
告「申請強制汽車責任保險給付相關證明文件」之規定，同意接受公立  
或教學醫院重新檢驗查證，立聲明書之人恐口說無憑，特立此書為證。

此致

富邦產物保險股份有限公司

立聲明書人： ✓ (立聲明書人正楷簽名)

(簽章)

身分證號碼： ✓ A120000000

中華民國 ✓ 113 年 06 月 05 日

請貼存摺影印本

## 強制險受款人電匯同意書

受害人  富小邦 於  113 年 05 月 20 日發生汽車交通事故，已向貴公司申請理賠在案(賠案號碼： )。今同意 貴公司將本案理賠款項，直接電匯至本人下表之銀行帳戶內，特立此同意書。

此 致

富邦產物保險股份有限公司

受款人

(受款人正楷簽名)

簽 章

113 年 06 月 05 日

|   |   |  |    |
|---|---|--|----|
| 受款人戶名                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 富小邦 | <input checked="" type="checkbox"/> 台北富邦銀行 | 分行 |
| 1. <input type="checkbox"/> 活期儲蓄存款帳號      |   |  |    |
| 2. <input type="checkbox"/> 支票存款帳號        |   |  |    |
| 3. <input type="checkbox"/> 活期存款帳號        |   |  |    |
| <input checked="" type="checkbox"/> 聯絡電話： |   |  |    |
| 說 明：1. 匯款銀行限定通匯銀行。                        |   |  |    |

# 交通費用證明書

茲為證明受害人富小邦於113年05月20日發生交通事故，自113年05月20日至113年05月27日止，所支出之往返門診、轉診或出院等相關交通費用(如下明細表)，請貴公司查核。

| 日期                    | 起訖地點           | 次數 | 單次金額 | 金額小計 |
|-----------------------|----------------|----|------|------|
| 113年05月20日至113年05月20日 | 長春路1號 ↔ 台大醫院急診 |    |      |      |
| 113年05月20日至113年05月20日 | 台大醫院急診 ↔ 住家    |    |      |      |
| 113年05月27日至113年05月27日 | 住家 ↔ 台大醫院      |    |      |      |
| 113年05月27日至113年05月27日 | 台大醫院 ↔ 住家      |    |      |      |
| 年 月 日至 年 月 日          | ↔              |    |      |      |
| 年 月 日至 年 月 日          | ↔              |    |      |      |
| 年 月 日至 年 月 日          | ↔              |    |      |      |
| 年 月 日至 年 月 日          | ↔              |    |      |      |
| 年 月 日至 年 月 日          | ↔              |    |      |      |
| 年 月 日至 年 月 日          | ↔              |    |      |      |
| 年 月 日至 年 月 日          | ↔              |    |      |      |
| 金額合計：                 | 685            | 元整 |      |      |

此致

產物保險股份有限公司

- ✓ 受害人：(受害人正楷簽名)
- ✓ 身分證號：Z120000000
- ✓ 居住地址：台北市中山區遼寧街179號1樓

✓ 中華民國 113 年 06 月 05 日

# 看 護 證 明

茲證明受害人 ✓ \_\_\_\_\_ 因汽車交通事故受傷  
住院治療及居家看護所需，期間自 113 年 05 月 27 日  
至 113 年 05 月 31 日止共計 \_\_\_\_\_ 天，由本人擔任看護，  
特此證明。

✓ 看護親友姓名： (看護親友正楷簽名)

✓ 關係： 母子

✓ 身分證號碼： Q200000000

✓ 地址： 台北市中山區遼寧街179號1樓