



1-W00X0060-0

強制汽車責任保險理賠申請書

受害人	身分證統一編號										年 月 日生	
住 址											<input type="checkbox"/> 本國	<input type="checkbox"/> 外國
乘坐車輛 牌照號碼	<input type="checkbox"/> 駕駛人 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/> 車外人										受害人 連絡電話	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
<input type="checkbox"/> 1. 憲警立即現場處理 <input type="checkbox"/> 2. 事後憲警單位報備	憲警單位 名稱	處理警員 姓名					電話		<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚			
事故日期	事故 地點											

請簡述事故經過：

加害人 1. 有 2. 無 與受害人達成和解，和解金額 元 附和解書影本

茲為防制重複申請強制汽車責任保險理賠之情事，本人了解並同意保險公司得將本人申請強制汽車責任保險理賠之保險金資料(包括但不限於一般個人資料以及病歷、醫療等特種個人資料)，得為蒐集、處理及利用，並得提供予其他財產保險公司、財團法人汽車交通事故特別補償基金或產險公會查詢或核對之用。

此 致 產物保險股份有限公司

簽 章：

請求權人聲明：

- 一、以上所述皆與事實相符，本人若已自加害人取得賠償或已向其他財產保險公司申請強制險理賠而未說明，願依民法第179條不當得利之規定，返還所受領之保險金。
- 二、本人同意所提供之個人資料得以電子檔案或紙本形式於我國境內供貴公司上傳產、壽險公會建立查詢系統，貴公司的業務委外廠商、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用。

產產業履行個人資料保護法告知義務內容

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，均為評估理賠義務之履行、辦理再保險或風險評估等執行保險業務目的之用。

本公司僅會蒐集因上述業務所必要之個人資料，該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定執行業務之期間內被處理或利用。

本公司保有您的個人資料時，您可以至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複本。若您的個人資料有誤或記載不完全，您可以書面通知補充或更正，但依法您應為適當的理由說明；若尚有其他疑義時，您也可以書面通知本公司停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料。本公司基於上述原因而須蒐集、處理或利用您的個人資料時，若您選擇不同意或是提供之個人資料不完全，本公司將可能無法進行必要之審核及處理作業，因此遲延或無法提供對您的服務或給付。

【註】：上開告知事項已公告於本公司官網，如有任何問題歡迎洽詢本公司免付費專線。

請 求 權 人	姓名：	身分證統一編號：	簽章：
	與受害人關係： <input type="checkbox"/> 1. 本人 <input type="checkbox"/> 2. 配偶 <input type="checkbox"/> 3. 子女 <input type="checkbox"/> 4. 父母 <input type="checkbox"/> 5. 祖父母 <input type="checkbox"/> 6. 孫子女 <input type="checkbox"/> 7. 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他		
	通訊地址 (郵遞區號)	聯絡電話：	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		民國 年 月 日

請求權人 戶名	銀行/郵局 /農會	分 帳 行 號																		
------------	--------------	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下列資料如有缺漏，得由本公司經辦人填寫

肇事車牌照號碼	投保公司	保單號碼																
加害駕駛人	身分證統一編號	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 本國	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 外國	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 未婚										
住址											聯絡電話							
與肇事車所有人關係	<input type="checkbox"/> 本人. <input type="checkbox"/> 配偶. <input type="checkbox"/> 直系親屬. <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹.										<input type="checkbox"/> 負責人. <input type="checkbox"/> 負責人家屬. <input type="checkbox"/> 受僱者. <input type="checkbox"/> 租用被保險車輛. <input type="checkbox"/> 其他.(請說明)							

本公司經辦人
填寫專區

受理編號：_____

E-mail：_____

預 估 金 額	90	客 服 接 案	日期	跨 售 窗 口 專 用	日期
	91		人員		人員
	92				

登錄/身份證號： 送件人員(見證人)簽章： 行動電話：

(本申請書上之簽名或其身分證影本之真實，均係由本人見證，且本人保證無任何其它虛偽情事)

賠案號碼：

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

