

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

新光產物保險-個資公告-產險業履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司（下稱本公司）依個人資料保護法（下稱個資法）第6條第2項、第8條第1項（如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集目的：

- (一) 財產保險（〇九三）。
- (二) 人身保險（〇〇一）。
- (三) 消費者、客戶管理與服務（〇九〇）。
- (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）。

二、蒐集個人資料之類別：

包括但不限於姓名、身分證統一編號（護照號碼或居留證號碼）、出生年月日、住址、聯絡方式（電話號碼、行動電話、電子郵件地址）、病歷、醫療、健康檢查、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，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、利用之期間、對象、地區及方式：

(一) 期間：個人資料蒐集特定目的存續期間、提供金融商品或服務契約期間、因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。

(二) 對象：

1、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、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。

2、與本公司簽訂契約之保險代理人／保險經紀人及因辦理財產保險相關業務需要之第三方。

3、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。

除法令規定本公司必須進行之通報作業、提供資料予公務機關或上述因本公司營運作業所需合作之關係企業或廠商外，本公司不會在未獲得您的同意下將您的個人資料提供予任何第三方。

(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3條及第20條規定，您就本公司保有您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：以書面或其他日後可供證明之方式。

六、您不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：您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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供您相關服務或給付。

上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司

0800-005-588 免付費專線。

本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

101/10/01 公告

105/10/01 修訂

109/06/29 修訂

被保險人/受告知人 簽名：

蓋
章

保險理賠申請書

由本公司填寫

粗框內由客服或經辦協助被保險人填寫

報案號碼：
賠案號碼：

申請險種： <input type="checkbox"/> 火險 <input type="checkbox"/> 水險 <input checked="" type="checkbox"/> 責任險 <input type="checkbox"/> 工程險	
保單號碼：0008AxP000xxxx	被保險人：xxxx 物流(股)
事故日期：107 年 11 月 x 日 10 時 30 分	事故地點：基隆市
連絡人：王 xx	電話：02-3322xxxx-轉 xxxx
電子郵件：xxx@gmail.com	手機：0928

請據實敘明事故經過，以免影響理賠權益(原因、人、時、地、事、物及損失等)

107年11月5日18時53分，我司員工(xxxx)xxx，以下簡稱賴員，於中一轉運中心月台上作業時，推動一貨件朝向40呎貨櫃前進，此時貨櫃中有堆高機積載組合龍後退要出貨櫃，因現在主管未留意現場狀況，賴員直接通過堆高機後方持續推貨前進，而堆高機出貨櫃後往右方後退剛好撞擊賴員，導致賴員後仰倒地撞擊地面不起，當下立即通知救護車載往中港澄清醫院救護，經醫師檢查評估後發現腦出血需住院開刀治療。

是否向警(消)報案：否 是 報案單位_____ 承辦員警_____

保險標的是否有抵押權人：否 是 抵押權人_____

保險標的是否投保其他保險公司：否 是 _____ 產物保險公司

人身傷害	姓名	年齡	性別	住址、電話	傷害情形
	賴 xx	45	男	新北市 xxxxxx	倒地撞擊地面腦出血

財物損失	名稱	所有權人	大約價值	損失情形

蒐集、處理及利用保戶個人資料告知事項

本人(本公司)已詳閱申請書次頁「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，並同意貴公司基於理賠目的，在個人資料保護法許可範圍內蒐集、處理及利用本人(本公司)所提供之個人資料，並將前開資料轉送中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防治中心、檢警單位、委外追償機構、委任之公證公司、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。

上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-789-999 免付費專線。

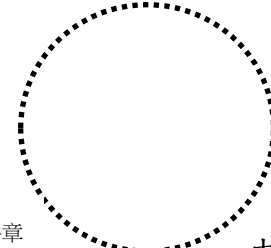
委任事項：本公司(人)同意委任貴公司(理賠人員)就本事故，依法應對第三人領有牌照車輛損失負賠償責任時，委任 貴公司得於保險金額範圍內全權行使和解事宜。但有涉及非領有牌照車輛財損及人員傷亡時，則不屬授權委任範圍。※同意委任請於下方被保險人簽章處用印。

聲明事項：保險事故之發生，如有其他應負賠償責任之人，本公司依保險契約賠付後，即依法取得代位求償之權利。

茲聲明本申請書所填各項內容均屬正確無訛，否則自願放棄保單之一切權利

此致

新光產物保險股份有限公司



收件章

被保險人：

電話：

連絡地址：

中 華 民 國 年 月 日

保經代送件人員：	電話：	電子郵件：
----------	-----	-------

※寵物保險、僱主補償責任保險、手機保險及信用卡綜合保險不適用本申請書
 ※請用印後回傳本公司備案，正本請於 5 日內寄回本公司

保險理賠申請書

由本公司填寫

粗框內由客服或經辦協助被保險人填寫

報案號碼：
賠案號碼：

申請險種： <input type="checkbox"/> 火險 <input type="checkbox"/> 水險 <input checked="" type="checkbox"/> 責任險 <input type="checkbox"/> 工程險	
保單號碼：0005AKP000XXXX	被保險人：XXXX 股份有限公司
事故日期：107 年 10 月 x 日 09 時 30 分	事故地點：基隆市
連絡人：陳 XX	電話：02-2233XXXX-轉 XXXX
電子郵件：xxx@gmail.com	手機：0928-xxx-xxx

請據實敘明事故經過，以免影響理賠權益(原因、人、時、地、事、物及損失等)
 109 號下降時壓到 108 號橫移定位開關造成車台誤動作, 使 105 號壓到 108 號，初判原因待下周 109 號車主回來再釐清責任歸屬再辦理是否出險，先行會勘車子，因車主要先修理, 費用車主會先付，待責任清楚後辦出險。
 車主資料: AAC-XXXX 吳小姐 0981XXXXX
 車廠資料: 新北市板橋區 XXXXXXXXXXXXXXXX 2255XXXX 洪先生

是否向警(消)報案：否 是 報案單位 _____ 承辦員警 _____

保險標的是否有抵押權人：否 是 抵押權人 _____

保險標的是否投保其他保險公司：否 是 _____ 產物保險公司

人身傷害	姓名	年齡	性別	住址、電話	傷害情形

財物損失	名稱	所有權人	大約價值	損失情形
		AAC-X XXX	吳小姐	3,000 元

蒐集、處理及利用保戶個人資料告知事項

本人(本公司)已詳閱申請書次頁「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，並同意貴公司基於理賠目的，在個人資料保護法許可範圍內蒐集、處理及利用本人(本公司)所提供之個人資料，並將前開資料轉送中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防治中心、檢警單位、委外追償機構、委任之公證公司、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。
 上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-789-999 免付費專線。

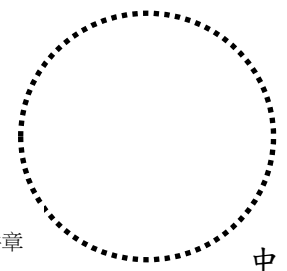
委任事項：本公司(人)同意委任貴公司(理賠人員)就本事故，依法應對第三人領有牌照車輛損失負賠償責任時，委任 貴公司得於保險金額範圍內全權行使和解事宜。但有涉及非領有牌照車輛財損及人員傷亡時，則不屬授權委任範圍。※同意委任請於下方被保險人簽章處用印。

聲明事項：保險事故之發生，如有其他應負賠償責任之人，本公司依保險契約賠付後，即依法取得代位求償之權利。

茲聲明本申請書所填各項內容均屬正確無訛，否則自願放棄保單之一切權利

此致

新光產物保險股份有限公司



收件章

被保險人：

電 話： _____

連絡地址： _____

中 華 民 國 年 月 日

保經代送件人員：	電話：	電子郵件：
----------	-----	-------

※寵物保險、僱主補償責任保險、手機保險及信用卡綜合保險不適用本申請書
 ※請用印後回傳本公司備案，正本請於 5 日內寄回本公司