

由本公司填寫

報案號碼：

賠案號碼：

保險理賠申請書

粗框內由客服或經辦協助被保險人填寫

申請險種： <input type="checkbox"/> 火險 <input type="checkbox"/> 水險 <input type="checkbox"/> 責任險 <input type="checkbox"/> 工程險					
保單號碼：			被保險人：		
事故日期： 年 月 日 時 分			事故地點：		
連絡人：			電話：		
電子郵件：			手機：		
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)					
是否向警(消)報案： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 報案單位_____ 承辦員警_____					
保險標的是否有抵押權人： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 抵押權人_____					
保險標的是否投保其他保險公司： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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
蒐集、處理及利用保戶個人資料告知事項					
<p>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。</p> <p>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。</p>					
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>					
此致			<div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>		
新光產物保險股份有限公司					
<div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 100px; border-radius: 50%; margin: 0 auto;"></div>			被保險人：		
收件章			電 話：_____		
中 華 民 國			連 絡 地 址：_____		
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

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) 行銷（〇四〇）。
- (四) 消費者、客戶管理與服務（〇九〇）。
- (五) 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：

一般個人資料包括但不限於姓名、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）、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。

特種個人資料，病歷、醫療、健康檢查等（於法令許可範圍內者）。

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：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：

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。

- (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，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 0800-789-999 免付費專線。本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

被保險人/受告知人 簽名：

蓋章