



新光產物保險

任意賠案	
強制賠案	

※請填寫紅色框線內資料

汽(機)車險理賠申請書

附件：行照影本. 駕照影本.

被保險人：			車牌：			電話：			手機：		
地址： <input type="checkbox"/> 同行照. 縣 市鄉 路 段 巷 弄 市 鎮區 街 號 樓之			E-mail：								
駕駛人： <input type="checkbox"/> 同上. 身分證字號			年 月 日生			<input type="checkbox"/> 本國. <input type="checkbox"/> 外國. 電話：					
與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人. <input type="checkbox"/> 配偶. <input type="checkbox"/> 同居家屬. <input type="checkbox"/> 血親. <input type="checkbox"/> 姻親. <input type="checkbox"/> 朋友. <input type="checkbox"/> 員工. <input type="checkbox"/> 租用						<input type="checkbox"/> 男性. <input type="checkbox"/> 女性. 手機：					
地址： <input type="checkbox"/> 同駕照. 縣 市鄉 路 段 巷 弄 市 鎮區 街 號 樓之			E-mail：								

《事故情形簡述》

事故時間： 年 月 日 時 分	事故地點：(1).....縣(市)..... (2)國道.....號.....
-----------------	--

警方現場處理. 事後警方報案(備案時間：.....年.....月.....日.....時.....分). 無警處理. 新光 0800 現場處理.

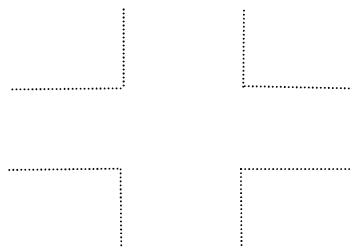
警方單位： 交通隊. 分局. 派出所/分駐所. 處理警員： 電話：()

事故型態：(可複選)

不明受損. 自撞. 他車碰撞. 人員傷亡. 整車失竊. 零件失竊. 其他：.....

事故經過>>.....

事故現場簡圖



對方車及傷者	車牌	駕駛人姓名	電話(手機)	傷(死)者姓名	電話(手機)	傷勢
				<input type="checkbox"/> 同左.		
				<input type="checkbox"/> 同左.		

傷死者：保車駕駛人.本車乘客.....人.對方車駕駛人.對方車乘客.....人.車外人.....人.

非人車損失：招牌.遮雨棚.電線桿.電燈桿.其它.....聯絡人.....電話(手機).....

- 茲特聲明本人所填上述資料，均為真實情形，否則自願放棄保險單之全部權利。
- 本人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、關貿網路(股)公司、財團法人保險犯罪防治中心、財團法人汽車交通事故特別補償基金、檢警單位、委外代位請求機構、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。
- 個人資料蒐集告知事項請詳閱背面。

被保險人簽章： 申請人簽章： 年 月 日

※本人已詳閱明瞭下列聲明內容並同意委任。

委任聲明：本人因上述事故，依法應對第三人財物損失負賠償責任時，委任 貴公司於保險金額範圍內全權行使和解事宜。但有涉及人員傷亡時，則不屬授權委任範圍。

被保險人 申請人
委任簽章： 委任簽章： 年 月 日

《下列欄位由本公司經辦人填寫》

預估險種	人數	預估金額	預估險種	人數	預估金額	出險原因	預估人員	科長初核	受理簡訊通知
									<input type="checkbox"/> 保戶. <input type="checkbox"/> 保駕. <input type="checkbox"/> 對造. <input type="checkbox"/> 新壽. <input type="checkbox"/> 經手人: 手機:
處理意見:									理賠員員編(6碼):
									理賠員姓名:

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）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、電子郵遞地址）、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。

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）：

若您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。

被保險人/駕駛人/受告知人 簽名：

蓋
章