



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. <input type="checkbox"/> 已婚. <input type="checkbox"/> 未婚.		
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) 事故現場簡圖

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>>.....

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).....

一、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。
二、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。
三、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
						強制	任意			
										<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： B 附件 1

理賠員編(6碼):
理賠員姓名:

車險理賠申請保駕及保戶須準備文件

表格類別	駕駛人傷害險		任意第三人		竊盜	強制險
	體傷	死亡	體傷	財損		
理賠申請書(表格由新產提供)	√	√	√	√	√	√
覆行個人資料保護告知事項	√	√	√	√	√	√
(體傷) <u>特種個資料蒐集、處理及利用同意書</u>	√	√	√ 受害人			√ 受害人
車主印章及駕駛人印章	√	√	√	√	√	√
行照及駕駛人駕照影本	√	√	√	√	√	√
駕駛及被保險人關係證明						
保車受損照片(含車牌照)				√		
和解書(一式4份)			√	√		
警方單位證明文件	√	√	√	√		√
警方 <u>肇責分析表</u> 或肇責鑑定書			√	√		√
<u>向警方申請交通事故資料『申請書』與『委託書』(駕駛人親簽、蓋章2份)</u>	√/(註1)	√/(註1)	√/(註1)	√/(註1)		√/(註1)
(體傷)同意查閱病歷複檢聲明書	√					√ 受害人
(體傷)合格醫師診斷書及視需要之病歷資料	√					√ 受害人
(體傷)醫療費用收據正本影本應加蓋與正本相符及醫療單位收據專用章)	√					√ 受害人
(受害人)合格醫師開立死亡證明書或相驗屍體證明書及視需要之病歷資料		√				√ 受害人
(受害人)全戶戶籍謄本及除戶證明(死亡案)		√				√ 受害人
請求權人存摺影本	√	√			√	√ 受害人
賠款收據暨同意書	√	√	√	√	√	
(失竊)警方失竊證明書正本					√	√ 受害人
(失竊)汽車鑰匙					√	
(失竊)汽車出廠證明或進口證明及貨物完稅證明正本					√	
(失竊)辦妥註銷手續之汽車註銷牌照登記申請書					√	
(失竊)汽車新領牌照登記申請書					√	
(失竊)車主身份證影本或公司營業執照影本				√	√	
其他個案所需表格(新產提供)	√	√	√		√	√

※如發生交通事故請務必於現場通報警方處理※

(註1)：向警方申請交通事故資料『申請書』與『委託書』(駕駛人親簽、蓋章，一式各2份)

(註2)：因各縣市警察局規定之『申請書』與『委託書』版本不同，請洽賠案理賠專員。

(註3)：其他個案所需表格(新產提供)，請洽賠案理賠專員。

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）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）、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

新光產物保險股份有限公司

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

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「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」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，將於人身保險或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 台端相關人身保險或財產保險業務之申請及辦理。

立同意書人（即被保險人），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、處理及利用本人之病歷、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

新光產物保險股份有限公司

立同意書人（被保險人/請求權人）簽名：

蓋章

法定代理人 簽名：

蓋章

中華民國 年 月 日

委 託 書

茲因本人 有事 工作 路途遙遠 其他：()

無法親自辦理：現場圖乙份

現場照片乙份 (張)

交通事故初步分析研判表乙份

特委託_____代為申辦，如有虛偽，願負法律責任。

此致

警察局交通警察（大）隊 (分局)

委託人姓名：_____ (簽名)

身分證統號：_____

地址：_____

電話：_____

受委託人姓名：_____ (簽名)

身分證統號：_____

地址：_____

電話：_____

中華民國 年 月 日

備註：因各縣市警察局規定之『申請書』與『委託書』版本不同，本表格如未被受理時，需重新簽署處理單位制式版本、

道路交通事故資料申請書

編號：

發生時間	年 月 日 時 分		
地點			
申請人姓名		出生 年月日	年 月 日
國民身分證 統一編號		聯絡電話	
地址			
與當事人 關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 受當事人 <u> (姓 名) </u> 委託(請當事人於下欄親自簽章) <input type="checkbox"/> 當事人之利害關係人 <u> (關 係) </u> (請出示證明文件)		
申請事項	茲因於上列時間、地點發生道路交通事故，請核發提供閱覽(擇一勾選)： <input type="checkbox"/> 現場圖乙份。(事故發生7日後可申請) <input type="checkbox"/> 現場照片乙份 張。(事故發生7日後可申請) <input type="checkbox"/> 交通事故初步分析研判表乙份。(事故發生30日後可申請)		
臨櫃申請取件 預定取件日期 (由受理單位填寫)	年 月 日	案件編號	
	服務電話：	取件簽名	
<p>此致</p> <p style="text-align: center;">警察局第 公路警察大隊 分(小)隊</p> <p style="text-align: center;">申請人簽章： (印)</p> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>當事人簽章(駕駛人)： (印) (非當事人委託者免填)</p> <p>身分證統一編號：</p> <p>地 址：</p> <p>電 話：</p> </div> <p style="text-align: center;">申請日期： 年 月 日</p>			
備註	申請或取件時請攜帶身分證正本、印章。		

承辦人： 主管： (單位戳章)

附註：

- 一、本表可印製一式二聯，一份交申請人，另一份送案卷保存單位併卷備查(分局或審核小組)。
- 二、有關所申請之他造當事人個人資料，應遵守個人資料保護法等相關法令規定，不得違法利用。於無再使用之必要時，應予以銷毀。

1040721版

註：因各縣市警察局規定之『申請書』與『委託書』版本不同，本表格如未被受理時，需重新簽署處理單位制式版本、

和 解 書

中華民國 年 月 日訂立
和解地點：

立 和 解 書 人	甲 方	姓 名	身 分 證 號	住 址	簽 名 蓋 章
	乙 方				

見 證 人					
-------	--	--	--	--	--

筆 事 損 害 情 形	民國 年 月 日 時 分 駕駛牌照號碼 號 車 在 發生交通事故致 方
和 解 條 件	茲鑒於事出意外雙方同意和解，爰列和解條件如下： 一、由 方賠償 方 等一切財產及非財產損害共計新 台幣 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整。 二、其他事項： 三、前項賠款 <input type="checkbox"/> 含 <input type="checkbox"/> 不含 強制汽車責任保險給付金額。 四、甲、乙雙方均拋棄其餘損害賠償請求權及民、刑事訴訟權利。 備註：本和解書乙式 份除雙方各執乙份為憑外，餘乙份送新光產物保險股份有限公司存查。

新光產險蒐集、處理及利用個人資料告知事項

親愛的個資當事人，您好：

本公司（新光產物保險股份有限公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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，應告知下列事項，敬請 台端詳閱：

保險公司、保險公證人及再保險公司告知責任險第三人蒐集、處理及利用個人資料之事項：

新光產物保險股份有限公司（下稱「保險公司」）、協助處理理賠之保險公證人及辦理您的保險契約再保險業務的再保險公司（下稱「再保險公司」），因辦理理賠、再保險、契約服務、辦理追償、申訴及爭議處理、辦理公司內部控制及稽核等業務而蒐集、處理或利用責任險第三人之病歷、醫療、健康檢查等個人資料或其他責任險第三人之個人資料時（包括姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、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），皆以尊重您的權益為基礎，並以誠實信用方式及以下原則為之。

我們蒐集您的個人資料目的係為財產保險、保險公證人及再保險業務之執行，凡依保險法令規定辦理理賠業務、辦理申訴及爭議處理業務、辦理公司之內部及稽核業務、以及為履行財產保險契約的行為皆屬之（下稱「蒐集目的」）。我們僅會蒐集為上述行為而必要之個人資料，該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求之期間內被處理或利用；您的個人資料除了基於再保險業務及委外業務之執行的需要，會在我國境外被處理及利用外，僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內供我們及我們的委外廠商處理及利用；我們並會將您的個人資料轉送健保局、產壽險公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防制中心等相關單位建立電腦連線，以作為其他產、壽險公司受理您理賠或契約服務申請時之審核參考，但各該公司仍應依其本身的審核標準決定是否理賠或同意辦理，不得僅以前開資料作為審核之依據；在有金融消費爭議案件發生時，我們必要時也會將您的個人資料提供給財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構於處理金融消費爭議案件之必要範圍內蒐集、處理及利用。

我們保有您的個人資料時，基於我國個資法之規定，您可以透過客服專線 0800-789-999 或書面行使下述的權利，除基於符合個資法與其他相關法律規定外，我們不會拒絕：

（一）查詢或請求閱覽本人之個人資料。（二）請求製給本人之個人資料複製本。（三）請求補充或更正本人之個人資料。（四）請求停止蒐集、處理或利用本人之個人資料。（五）請求刪除本人之個人資料。

我們基於上述原因而需蒐集、處理或利用您的個人資料，若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，基於健全財產保險業務之執行，保險公司將無法提供您完善的財產保險服務。

汽車險賠款收據暨同意書

賠案編號：_____ 保單號碼：_____

本被保險人所有 _____ 號車於民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日發生肇事，貴公司依保單條款約定扣除自負額後，理賠新臺幣 _____ 佰 _____ 拾 _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元整。

1. 上述賠款：由本被保險人如數領訖
被保險人同意下述領款人領訖_____

2. 部份賠款計新臺幣：_____

由本被保險人如數領訖
被保險人同意下述領款人領訖_____

經由貴公司如數賠付，本案已告圓滿結束，且對本案絕不再作任何賠償請求並放棄一切追訴之權，特此聲明。

此致 新光產物保險股份有限公司

被保險人簽章：_____

身分證或營利
事業統一編號：_____

蓋
章

住址：_____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

茲收到

賠案編號：_____

新臺幣： _____ 佰 _____ 拾 _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元整

係投保 _____ 號車輛，中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日肇事之汽車保險理賠款，業已領訖無訛。

身分證或營利
事業統一編號：_____

領款人簽章：_____

住址：_____

蓋
章

此據 新光產物保險股份有限公司

台照 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

汽車險賠款匯款(開票)申請書 (請提供存摺影本)

敬啟者：向貴公司投保之保單號碼：_____		賠案號碼：_____	
發生保險給付，請惠予 <input type="checkbox"/> 開票、 <input type="checkbox"/> 撥匯下列行庫存款戶為荷。		蓋 章	
此致		受款人簽章：_____	
新光產物保險股份有限公司 台照		_____ 年 _____ 月 _____ 日	
受款人		身分證統一編號	
(請務必填寫)	匯款帳戶(限受款人)	營利事業統一編號	
銀行	存款帳號	金 額	\$ _____ 元
分行			
通訊住址	市 _____ 區市 _____ 里 _____ 街 _____ 巷 _____ 號		
	縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____ 段 _____ 弄 _____ 樓		
說明： 1. 保單號碼、案號由本公司人員填寫。 2. 存戶帳號、住址等由受款人填寫。		手 機 號 碼	_____