

旺旺友聯產物保險股份有限公司

強制汽車責任保險請求給付申請書

受害人	身分證字號										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														
乘坐車牌照號碼				<input type="checkbox"/> 駕駛人 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/> 車外人			聯絡電話							
憲警處理	憲警單位名稱	處理警員姓名			<input type="checkbox"/> 1.憲警立即現場處理 <input type="checkbox"/> 2.事後憲警單位報備			電話						
		事故日期		事故地點										

請敘述事故經過：

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

請求權人姓名： _____ 等 _____ 人 身分證號 _____

請求權人與受害人關係：1.本人 2.配偶 3.子女 4.父母 5.祖父母 6.孫子女 7.兄弟姐妹 其他_____

請求權人匯款帳號	銀行/郵局/農會	分行	帳號										
----------	----------	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請人聲明：

以上所述皆與事實相符，本人若已自加害人取得賠償而未說明，願依民法第 179 條不當得利之規定，返還所受領之保險金。

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

旺旺友聯產物保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向台端告知下列事項，請台端詳閱：一. 蒐集之目的：(一) 財產保險(O九三)。(二) 人身保險(O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. 蒐集之個人資料類別：姓名、身分證統一編號/護照號碼、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查、職業、保險資料等，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，而為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、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一) 期間：因執行業務所必須及依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、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、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、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有台端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：依本公司官網之「旺旺友聯產物保險股份有限公司當事人依個人資料保護法行使權利申請書」行使之。六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接提供，而為直接蒐集之情形適用)：台端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，因此可能婉拒承保、延遲或無法提供台端相關服務或給付。【註】：上開告知事項已公告於本公司官網(www.wunion.com)，如有任何問題歡迎洽詢本公司免付費專線 0800-024-024。經 貴公司向本人告知上開事項，本人已清楚瞭解 貴公司蒐集、處理或利用本人個人資料之目的及用途。

申請人	姓名：	身分證字號：	簽章：	<div style="border: 1px dashed black; width: 80px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>
	與請求權人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬(檢附委託書) <input type="checkbox"/> 受託/代辦人(檢附委託書)			
	通訊地址 (郵遞區號)	聯絡電話：	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

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	身分證字號			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"/> 其他親屬、朋友 <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)_____						

以下欄位由本公司經辦人填寫

險種	強制(90)	強制(91)	強制(92)	出險原因	科長初核	預估輸入
	體傷 人	失能 人	死亡 人			
預估金額						