

# 申請強制險理賠流程



## 強制汽車責任保險理賠申請書

受害人											身分證統一編號											年 月 日 生			
住址											<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚														
乘坐車輛 牌照號碼											<input type="checkbox"/> 駕駛人 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/> 車外人			受害人 連絡電話											
<input type="checkbox"/> 1.憲警立即現場處理 <input type="checkbox"/> 2.事後憲警單位報備	憲警單 位名稱				處理警 員姓名				電話																
事故日期			事故 地點																						
請簡述事故經過：																									

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

茲為防制重複申請強制汽車責任保險理賠之情事，本人了解並同意保險公司得將本人申請強制汽車責任保險理賠之保險金資料（包括但不限於一般個人資料以及病歷、醫療等特種個人資料），得為蒐集、處理及利用，並得提供予其他財產保險公司、財團法人汽車交通事故特別補償基金或產險公會查詢或核對之用。

此 致

旺旺友聯產物保險股份有限公司

簽章：

請求權人聲明：

- 一、以上所述皆與事實相符，本人若已自加害人取得賠償或已向其他財產保險公司申請強制險理賠而未說明，願依民法第179條不當得利之規定，返還所受領之保險金。
- 二、本人同意所提供之個人資料得以電子檔案或紙本形式於我國境內供貴公司上傳產、壽險公會建立查詢系統，貴公司的業務委外廠商、保險事業發展中心、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用。

### 產險業履行個人資料保護法告知義務內容

本公司辦理您的理賠申請而蒐集、處理或利用您的病歷、醫療或與事故經過相關的查證等資料，均為評估理賠義務之履行、辦理再保險或風險評估等執行保險業務目的之用。

本公司僅會蒐集因上述業務所必要之個人資料，該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定執行業務之期間內被處理或利用。

本公司保有您的個人資料時，您可以至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複本。若您的個人資料有誤或記載不完全，您可以書面通知補充或更正，但依法您應為適當的理由說明；若尚有其他疑義時，您也可以書面通知本公司停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料。本公司基於上述原因而須蒐集、處理或利用您的個人資料時，若您選擇不同意或是提供之個人資料不完全，本公司將可能無法進行必要之審核及處理作業，因此遲延或無法提供對您的服務或給付。

**【註】**：上開告知事項已公告於本公司官網，如有任何問題歡迎洽詢本公司免付費專線 0800-024-024。

請求權人	姓名：	身分證統一編號：	簽章：	
	與受害人關係： <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶 <input type="checkbox"/> 3.子女 <input type="checkbox"/> 4.父母 <input type="checkbox"/> 5.祖父母 <input type="checkbox"/> 6.孫子女 <input type="checkbox"/> 7.兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	通訊地址 (郵遞區號) □□□□□□	聯絡電話： 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
請求權人 戶名	銀行/郵局 /農會	分行	帳 號	

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	身分證統一編號	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"/> 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)_____		

# 同意查閱病歷聲明書

因本人 \_\_\_\_\_ 於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日在

發生交通事故，

為申請強制汽車責任保險給付或補償之需要，本人同意授權

\_\_\_\_\_ 所指定之人，向 貴院（診所）調閱、抄錄或影印

本人之相關病歷資料，如因調閱、抄錄或影印資料而發生糾紛，概

由本人負責，恐口說無憑，特立此書為證。

此致

醫院(診所)

立聲明書人：



(簽章)

身分證號碼：

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



# 旺旺友聯產物保險股份有限公司

105.10.11 旺總風管字第 1738 號函備查

## 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴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 貴公司「告知說明書」所列告知事項外，得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)為之。本人已瞭解若不同意 貴公司蒐集、處理或利用前述資料， 貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

此致

旺旺友聯產物保險股份有限公司

立同意書人 簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人 簽名：\_\_\_\_\_

中華民國

年

月

日

# 交通費用證明

茲證明本人 自交通事故 年 月 日

起，接送費用共計：\_\_\_\_\_元，特此證明。

住 所(必填)	醫療院所	單次費用×總次數	合 計

其他：

註：上列住所請檢附相關證明文件

請求權人簽章：



中華民國 年 月 日

# 看 護 證 明

茲證明受害人\_\_\_\_\_因汽車交通事故受傷住院治療及居家看護所需，期間自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日止共計\_\_\_\_\_天，由本人擔任看護，特此證明。

看護親友姓名：

關係：

身分證號碼：

地址：