

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																					☐ 本國 ☐ 外國 ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 已婚 ☐ 未婚							
乘坐車輛 牌照號碼											☐ 駕駛人 ☐ 乘客 ☐ 車外人			受害人 連絡電話														
☐ 1.憲警立即現場處理 ☐ 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、利用或删除您的個人資料。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：	☐ 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																								
	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										☐ 本國 ☐ 男性 ☐ 已婚 ☐ 外國 ☐ 女性 ☐ 未婚		
住址																					聯絡電話												
與肇事車所有人關係		☐ 本人. ☐ 配偶. ☐ 直系親屬. ☐ 兄弟姐妹. ☐ 負責人. ☐ 負責人家屬. ☐ 受僱者. ☐ 租用被保險車輛. ☐ 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：

身分證號碼：

(答 章)

中 華 民 國 年 月 日

同意複檢聲明書

茲受害人 於 年 月 日 時
在 發生交通事故，為申請
強制汽車責任保險殘廢給付保險金之需要，依「強制汽車責任保
險法」第二五條第二項、「強制汽車責任保險給付標準」第八條與
行政院金融監督管理委員會公告「申請強制汽車責任保險給付相
關證明文件」之規定，同意接受公立或教學醫院重新檢驗查證，
立聲明書之人恐口說無憑，特立此書為證。

此致

產物保險股份有限公司

立聲明書人：

簽章

身分證字號：

中 華 民 國

年

月

日

旺旺友聯產險蒐集、處理及利用個人資料告知事項

暨特種個人資料同意書

親愛的客戶，您好：

本公司（旺旺友聯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）第八條、第九條及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，應告知下列事項，敬請台端詳閱：

旺旺友聯產物保險股份有限公司（以下稱「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之再保險公司（以下稱「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、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病歷、醫療、健康檢查等個人資料或其他責任險第三人個人資料時（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、辦理公司之內部稽核業務，以及為履行財產保險契約所需之相關業務。

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在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署、產壽險公司、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防治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機制之必要範圍內蒐集、處理及利用。

您的個人資料除由您本人直接提供外，本公司亦可能於辦理前述業務之必要範圍內，依法或依您的授權，自您的代理人、受任人、醫療機構、警察機關、法院、其他政府機關（構）、保險公證人、其他保險相關機構或其他合法來源取得您的個人資料；於蒐集非由您本人提供之個人資料時，本公司將依個資法第九條及相關法令規定辦理。

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 0800-024-024 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。

立同意書人已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理或利用本人之上述告知事項所列個人資料，以及將上列資料轉送與 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

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：