

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 和泰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。

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"/> 外國 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 已婚 <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)		

申請理賠給付所需文件：

(打V者)	申請強制汽車責任保險理賠所需文件	醫療	殘廢	死亡
1	理賠申請書正本(本公司提供)	V	V	V
2	請求權人身份證明文件	V	V	V
3	請求權人存摺封面	V	V	V
4	警憲單位處理證明文件正本	V	V	V
5	合格醫師診斷書正本	V		
6	醫療費用收據正本或副本加蓋院章	V		
7	同意查閱病歷聲明書(本公司提供)	V		V
8	合格醫師開具之殘廢確認書		V	
9	同意複檢聲明書(本公司提供)		V	
10	死亡證明書正本			V
11	全戶戶籍謄本及除戶戶籍謄本正本			V
12	繼承系統聲明書(本公司提供)			V
13	特種個人資料蒐集、處理或利用同意書(本公司提供)	V	V	
14	同意比對聲明書			V

說明與注意事項：

1. 申請醫療或殘廢給付，請求權人即受害人，申請後如有應補正本之文件，將再另行通知。
2. 受害人為未成年者，任何簽名文件須法定代理人或監護人簽名及蓋章。
3. 醫療費用收據如無法提供正本，可以副本加蓋醫院章替代之。
4. 若於不同醫療院所就醫時，各醫療院所之診斷書都要申請。
5. 理賠所需文件應據實填寫完整及提供正確資料，以免觸法。

和泰產物保險股份有限公司

台北總公司 104 臺北市松江路 126 號 13 樓

新竹分公司 300 新竹市民族路 139 號 6 樓

台中分公司 403 臺中市西區臺灣大道二段 220 號 10 樓

台南分公司 701 台南市東區崇學路 186 號 7 樓

高雄分公司 801 高雄市中正四路 168 號 11 樓

TEL: (02)2181-5000

TEL: (03) 532-5125

TEL: (04)2327-9901

TEL: (06) 700-7288

TEL: (07) 211-2161

FAX: (02)2181-5091

FAX: (03) 532-7427

FAX: (04)2322-3210

FAX: (06) 700-7298

FAX: (07) 211-2160

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
和泰產物保險股份有限公司所指定之人，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

同意複檢聲明書

茲受害人於 年 月 日在
發生交通事故，為向和泰產物保險股份有限公司申請殘廢
給付之需要，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

和泰產物保險股份有限公司

立聲明書人：

【簽章】

身分證號碼：

中 華 民 國 年 月 日

強制汽車責任保險請求權人系統聲明書【賠案號碼：_____】

外祖父、母
 祖父、母

存 歿
存 歿
存 歿
存 歿

母
 父

存 歿
存 歿

配偶
 受害人

存 歿
存 歿

直系血親卑親屬

子女

存 歿
存 歿
存 歿
存 歿
存 歿
存 歿
存 歿
存 歿

兄弟姊妹

直系血親卑親屬

孫子女

存 歿
存 歿
存 歿
存 歿

右列內容由請求權人
 此 致

提供，相關繼承人存歿狀態均屬真實，倘有不實或遺漏致損害他人權益，聲明人願負民刑事法律責任。

和泰產物保險股份有限公司

聲明人：

簽章

依強制汽車責任保險法第十一條之規定，
 受害人遺屬其請求權人之順位如左列：
 第一順位：父母、子女及配偶
 第二順位：祖父母
 第三順位：孫子女
 第四順位：兄弟姐妹

和泰產物保險股份有限公司

特種個人資料蒐集、處理或利用同意書

本公司依據個人資料保護法、保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法、及其他個資相關規定，包含但不限於「歐盟個人資料保護規則」等，就 台端之關於病歷、醫療及健康檢查等特種個人資料所為蒐集、處理或利用，除依本公司「告知事項」所載內容外，另就 台端之特種個人資料之蒐集、處理或利用，將於人身保險及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利用。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 台端相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

台端已瞭解上述說明，並同意 本公司於符合前揭相關法令範圍內，得為蒐集、處理或利用本人之特種個人資料，以及將上開資料於必要之特定目的範圍內，與 本公司有業務往來之境內外第三人因辦理再保險、核保、或理賠等保險有關事項為傳輸。

此致

和泰產物保險股份有限公司

立同意書人 簽名：_____

法定代理人 簽名：_____

交通費用證明書

茲為證明受害人 於 年 月 日發生交通事故，自 年 月 日
至 年 月 日止，所支出之往返門診、轉診或出院等相關交通費用(如
下明細表)，請 貴公司查核。

日期	起訖地點	次數	單次金額	金額小計
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
金額合計：	元整			

此致

和泰產物保險股份有限公司

受 害 人：

身 分 證 號：

居 住 地 址：

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：