



個人保險理賠服務部地址：10044 台北市中正區武昌街一段58號 電話：02-21910015 傳真：02-23811765

保單號碼	3008GPA0410002	保險期間	民國108年03月02日至民國109年03月02日
被保險人姓名	王小明	出生	70年01月01日
		身分證字號	F134567890
被保險人住址：臺北市中正區吉祥路1段999號2樓			
電話：(公)(02)12345678 (宅)(02)87654321 (手機)0900123456			
申請原因	<input type="checkbox"/> 疾病	病名：	初診日： 年 月 日
	<input checked="" type="checkbox"/> 意外傷害	事故日期：108年04月20日19時	地點：臺北市中正區吉祥路與福氣街交叉口
	<input type="checkbox"/> 續賠件	意外傷害經過(請詳述)	
	騎乘車輛與汽車發生擦撞，經送醫救治後仍不幸身故。		
本次事故曾就診醫療院所(名稱及電話)	1. 臺北市立聯合醫院和平院區 3. 4.		
申請理賠項目	<input checked="" type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 傷害住院日額 <input type="checkbox"/> 傷害實支實付 <input type="checkbox"/> 健康險住院日額 <input type="checkbox"/> 其他		
警方處理單位	正義分局 和平派出所 承辦員警：陳正氣 電話：(02)87651234		
是否投保其他保險公司保險： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是請告知：(請依據實際情況填寫)			
理賠金給付方式：			
1. <input type="checkbox"/> 支票寄送受益人地址：臺北市中正區吉祥路1段999號2樓			
2. <input type="checkbox"/> 匯款(需為受益人本人帳戶，並請檢附金融機構存摺影本) 兆豐銀行(銀行、郵局)吉祥分行 001(分行、局號) 帳號 1234567890987			
產險業履行個人資料保護法告知義務內容			
兆豐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(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、台灣農據交換所、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「兆豐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、遲延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(http://www.cki.com.tw/)，如有任何問題歡迎洽詢本公司0800-053-588 免付費專線。			
同意調查授權聲明書(下方勾選選項請依據實際情況填寫)			
一、茲因向兆豐產物保險股份有限公司申請保險給付之需要，以被保險人(<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 受益人)之身份，同意由該公司指派人員為代理人向醫院(診所)、警察局(派出所、交通隊)、地檢署申請調閱、抄錄或影印被保險人與本次理賠申請有關之就診病歷、電腦檔案資料或筆錄、報告予該公司做為參證之用。(本授權書之影本效力相同於正本)。 二、如為申請身故理賠項目，為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本人(受益人)同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。			
(立書人已閱讀、瞭解上開告知事項，並同意提供本人個人資料。) 林小美(親自簽名)			
曾美麗(親自簽名)			
被保險人/受益人：王大明(親自簽名) 簽章			
法定代理人/輔助人： 簽章			
中華民國 108 年 04 月 22 日			
個人保險理賠服務部	收件單位		日期章
收文章			

理賠金給付方式二擇一，請依據實際需求填寫

本案假設被繼承人已婚無子女的情況。

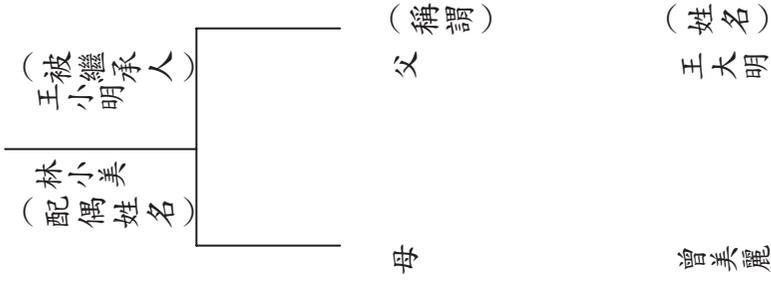
繼承系統表

身 份	姓 名	出 生 日 期	死 亡 日 期
被 繼 承 人	王 小 明	民 國 七 十 年 一 月 一 日	民 國 一 零 八 年 四 月 二 十 日

左列系統表屬實無訛，如有偽報、遺漏或錯誤，致他人受損害時，繼承人願意負損害賠償及有關法律責任。

此 致

兆豐產物保險股份有限公司



(具表人) 繼承人姓名	印 鑑
1 林小美	(蓋章)
2 王大明	(蓋章)
3 曾美麗	(蓋章)
4	
5	
6	

中 華 民 國 一 零 八 年 四 月 二 十 二 日