



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	3310GPA0400001		保險期間	民國110年02月26日至民國111年02月25日	
被保險人姓名			出生年月日	身分證字號	
被保險人住址：					
電話：(公)		(宅)		(手機)	
				Email：	
申請原因	<input type="checkbox"/> 疾病 病名：		初診日：		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 意外傷害 事故日期：		時 地 點：		
<input type="checkbox"/> 續賠件		意外傷害經過(請詳述)			
本次事故曾就診醫療院所(名稱及電話)		1.	2.	3.	4.
申請理賠項目 <input 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		分局		派出所 承辦員警： 電話：	
是否投保其他保險公司保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是請告知：					
理賠金給付方式：					
1. <input type="checkbox"/> 支票寄送受益人地址：_____					
若有特殊原因欲取消禁背者請另填寫「取消禁背切結書」					
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)					
_____ (銀行、郵局) _____ (分行、局號) 帳號 _____					
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(〇九三)(二)人身保險(〇〇一)(三)行銷(包含金控共同行銷業務)(〇四〇)(四)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、本公司所屬兆豐金融控股股份有限公司、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「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(https://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					
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 type="checkbox"/> 父母 <input 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)、檢驗所、警察局(派出所、交通隊)、消防、救護、地檢署及各保險公司等相關機關/單位申請調閱、抄錄、影印或詢問被保險人與本次理賠申請有關之就診病歷、筆錄、報告或電腦檔案資料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。)					
被保險人/受益人：					簽章
法定代理人/輔助人：					簽章
中 華 民 國 年 月 日					
個人保險理賠服務部 收 文 章			送 件 單 位 日 期 章		
送件人單位/姓名		電話		身分證字號	
若有照會 <input type="checkbox"/> 直接連繫業務 <input type="checkbox"/> 聯繫保戶		Email			