

基本資料(*為必填欄位)

*被保險人 (車主本人)				*車牌號碼	-	*引擎號碼	
*通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣 市	鄉鎮 市區				
*電話	市話	行動	E-mail:				
*駕駛人	<input checked="" type="checkbox"/> 同車主	*出生日期____年____月____日	駕駛人與關係	<input type="checkbox"/> 1 同車主 <input type="checkbox"/> 2 配偶 <input type="checkbox"/> 3 直系親屬 <input type="checkbox"/> 4 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 5 負責人 <input type="checkbox"/> 6 負責人家屬 <input type="checkbox"/> 7 受僱者 <input type="checkbox"/> 8 租用被保險車輛 <input type="checkbox"/> 9 其他(請說明): _____			
*駕照號碼	職業:						
*發照日期	民國____年	<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			
*通訊地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同車主	縣 市	鄉鎮 市區				
電話	<input checked="" type="checkbox"/> 同車主	市話	行動	E-mail:			

被保險汽(機)車事故情形概述(*為必填欄位)

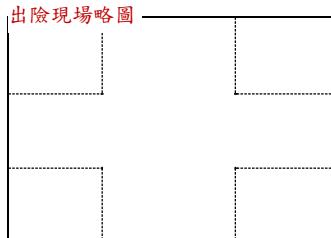
*事故時間	民國____年____月____日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 ____時____分	*事故地點	<input type="checkbox"/> 1 國道/ <input type="checkbox"/> 2 快速道路_____號: _____縣(市) <input type="checkbox"/> 東向 <input type="checkbox"/> 西向 <input type="checkbox"/> 南向 <input type="checkbox"/> 北向 _____公里 <input type="checkbox"/> 3 一般道路: _____縣/市 _____鄉鎮區 _____路/街 非道路: <input type="checkbox"/> 4 停車場 <input type="checkbox"/> 5 私人場域 _____縣/市 _____鄉鎮區 _____路/街		
*警方資料	<input type="checkbox"/> 現場處理 <input type="checkbox"/> 備案	交通隊 分 局 _____	派出所	警員姓名: _____	電話: _____

事故發生情形:(可複選) 1 不明受損 2 自行撞損 3 與他車碰撞 4 人員傷亡 5 零件被竊 6 其他非車輛財損 _____事故損害項目:(可複選) 人員傷亡: 1 本車駕駛 2 本車乘客 3 對方車駕駛 4 對方車乘客 5 其他相關人 _____車輛受損: 1 本車 2 對方車 3 其他財物損失: _____

對方車輛: 駕駛人姓名 _____ 車號 _____ 電話 _____
 駕駛人姓名 _____ 車號 _____ 電話 _____

人員傷亡: 受害人姓名 _____ 乘坐車號 _____ 電話 _____
 受害人姓名 _____ 乘坐車號 _____ 電話 _____

事故當下本車使用情形: 1 工作 2 通勤 3 休閒旅遊 4 日常生活使用事故發生原因(可複選): 1 追撞 2 倒車 3 變換車道 4 路口(轉彎) 5 號誌因素
6 開啟車門 7 超速 8 逆向(跨越中線) 9 停放中(違停) 10 迴轉 11 停車起步 12 酒駕肇事 13 肇事逃逸
14 故障道援 15 單一事故(自撞) 16 不明原因 17 其他: _____
其他說明:(上述未盡事項, 請補充說明於下)

 _____

蒐集、處理及利用保戶個人資料告知書(本告知作業係依「個人資料保護法」第8條第1項規定辦理)

富邦產物保險股份有限公司(下稱本公司)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、風險評估、分攤、追償作業等執行保險業務之用。

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。您的個人資料, 除了基於海外急難救助服務、再保險業務、委外業務或追債作業執行的需要, 會在我國境外處理及利用外, 僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內供本公司及上傳產壽險公會建立查詢系統、本公司的委外廠商、保險事業發展中心、金融消費評議中心、依法有調查權機關, 依前揭特定目的作業需要之其他產險公司或金融監理機關處理及利用。

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。

詳細內容請參閱富邦產險官網(www.fubon.com)

同意授權書

本人(車主本人)_____瞭解且同意委任貴公司就本事故, 依法應對第三人之財物損失負賠償責任時, 得於保險金額範圍內, 全權處理賠償第三人財物損失之和解事宜, 惟涉及人員傷亡時, 則不在本授權範圍。

*被保險人
簽 章

法定代理人
簽 章

申請人
簽 章

年 月 日

登錄/身份證號: 送件人員(見證人)簽章: 行動電話:

(本申請書上之簽名或其身分證明影本之真實, 均係由本人見證, 且本人保證無任何其它虛偽情事)

※以下由本公司經辦人填寫※

接案日期	人 員	申請 類別	<input type="checkbox"/> 1 客戶親辦 <input type="checkbox"/> 2 修理廠 <input type="checkbox"/> 3 委託代辦 <input type="checkbox"/> 7 其他: _____	理賠 員編
------	--------	----------	---	----------

備註:	核對項目	<input type="checkbox"/> 1 行車執照 <input type="checkbox"/> 2 駕駛執照
	跨售窗口	日期
	專用	人員

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、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，除本公司「告知說明書」所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、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使用。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。

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、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 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

富邦產物保險股份有限公司

立同意書人 簽名：_____

法定代理人/
監護人/輔助人 簽名：_____

(如立書人為未成年人或受監護或輔助宣告之人，請法定代理人、監護人或輔助人一併簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

中華民國 年 月 日



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

同意複檢聲明書

茲受害人於年月時在發生交通事故，為申請強制汽車責任保險失能給付保險金之需要，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

富邦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

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。

此致

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

自 年 月 日

至 年 月 日止共計 天，由本人擔任看護，特此證明。

看護親屬姓名：

關係：

身分證號碼：

地址：

中華民國 年 月 日