

新安東京海上產物保險股份有限公司

強制汽車責任保險請求給付申請書

受害人	身分證字號					年 月 日 生	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 外國 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 未婚	
住址								
乘坐車牌照號碼	<input type="checkbox"/> 駕駛人 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/> 車外人		聯絡電話					
憲警處理	憲警單位名稱	處理警員姓名		<input type="checkbox"/> 1.憲警立即現場處理 <input type="checkbox"/> 2.事後憲警單位報備		電話		
	事故日期		事故地點					
請敘述事故經過：								
加害人 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無 與受害人達成和解，和解金額 _____ 元 <input type="checkbox"/> 附和解書影本								
請求權人姓名： _____ 等 人 身分證號 _____								
請求權人與受害人關係： <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_____								
請求權人匯款帳號	銀行/郵局/農會		分行	帳號				
申請人聲明： 以上所述皆與事實相符，本人若已自加害人取得賠償而未說明，願依民法第 179 條不當得利之規定，返還所受領之保險金。								
產險業履行個人資料保護法告知義務內容 新安東京海上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，應告知下列事項，敬請 台端詳閱及知悉：一、蒐集目的：(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業務之需要(一八一)。二、蒐集之個人資料類別：包括但不限於姓名、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、病歷、醫療、健康檢查、其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，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、利用之期間、地區、對象及方式：(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：以書面或其他日後可供證明之方式。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，因此可能婉謝承保、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.tmnewa.com.tw/)，如有任何問題，請洽詢 0800-050-119 免付費客服專線。								
申請人	姓名：	身分證字號：		簽章：				
	與請求權人關係：	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬(檢附委託書) <input type="checkbox"/> 受託/代辦人(檢附委託書)						
	通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		聯絡電話：		民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		

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	身分證字號	年 月 日 生	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 外國 <input type="checkbox"/> 女性 <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"/> 兄弟姊妹. <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)_____		