



保單號碼： (本欄由保險公司填寫)	賠案號碼： (本欄由保險公司填寫)
----------------------	----------------------

被保險人姓名：	身分證字號：	出生日期：
---------	--------	-------

聯絡地址：	聯絡電話：
-------	-------

事故發生時間：	事故發生地點：
---------	---------

請詳述事故發生經過：

申請項目(請勾選並詳述事故發生經過)

<input type="checkbox"/> 個人責任保險 【自負額 2,500】	財損項目：	第三人體傷狀況：	求償金額：
<input type="checkbox"/> 旅遊文件重置費用	出發地機場：	文件遺失地點：	預定行程起飛時間： 年 月 日 時 分
	文件遺失時間：	目的地機場：	實際行程起飛時間： 年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 行李延誤(抵達目的地(不含原出發地或居住地)六小時後,仍未送達)	託運航空公司：	出發地機場：	預計到達時間： 年 月 日 時 分
	搭乘班機號碼：	延誤地點：	行李領回時間： 年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> 行李損失(竊盜、強盜與搶奪或旅館、公共交通之業者處理失當)	損失地點：	損失原因：	
<input type="checkbox"/> 班機延誤 <input type="checkbox"/> 班機改降	預定出發地機場：	預定班機號碼：	預定行程起飛時間： 年 月 日 時 分
	目的地機場：	改搭班機號碼：	實際行程起飛時間： 年 月 日 時 分
	改降機場：		
<input type="checkbox"/> 額外住宿與交通費用	住宿地點：	飯店(旅館)名稱：	
<input type="checkbox"/> 劫機慰問保險金	劫機事故之日數：		
<input type="checkbox"/> 食物中毒慰問保險金	就診醫院：	診斷結果：	
<input type="checkbox"/> 旅行期間居家竊盜保險	報案警局：	處理員警：	
<input type="checkbox"/> 信用卡盜用損失補償費用	報案警局：	處理員警：	遭盜刷之金額：
<input type="checkbox"/> 提早結束旅程之補償金	疾病診斷：	意外事故原因：	

付款方式(依下列勾選之給付方式辦理,未勾選則以支票給付)

支票：一律開具指定受益人、禁止背書轉讓、劃線之支票，若有特殊原因欲取消禁背者請另填寫「票據變更切結書」。

1. 郵寄地址：_____

2. 親領(取消禁止背書轉讓)，領票分公司：_____

匯款至申請人或受益人帳戶。

匯款至法定代理人帳戶(限未滿二十歲之醫療保險金受益人，並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時，視為受益人已承認對其為給付)，並檢附足以證明關係之證明文件(如：戶籍謄本、戶口名簿等)。

立同意書人(即受益人)同意貴公司將給付之保險金匯入下列指定之金融機構帳戶內，並聲明下列帳戶確為立同意人之帳戶，若因提供之資料有誤或字跡不清造成誤匯者，概由立同意書人自行負責，且視同保險金已給付。

匯款銀行	戶名	金融機構及分行	帳號

聲明事項：

- 本人(被保險人)同意新光產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 立同意書人已詳閱申請書次頁「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，並同意新光產物於理賠目的及法令許可範圍內，蒐集、電腦處理及利用本人之個人資料，並將前開資料轉送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、財團法人保險犯罪防制中心及財團法人保險事業發展中心建立電腦連線資料。
- 本人(被保險人)同意新光產物保險公司基於理賠目的得向醫療院所、健保署、檢驗所、地檢署、警察(分)局、派出所、消防、救護、航空及各保險公司等相關機關/單位協助，並提供新光產物所指派之人員調閱、抄錄、影印或詢問被保險人就本案之相關病歷、電腦檔案資料及事故資料以為參證之用。
- 本人(被保險人)所填上述資料，均為真實情形，並無隱瞞或不實說明等情事，並同意授權貴公司為必要調查。

※本人(被保人)已確認聲明事項之內容請於下方欄位簽名。

被保險人簽章： _____ 法定代理人簽章： _____ 申請日期： 年 月 日

(立同意書人)

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

本申請書共 2 頁
第 2 頁

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司（下稱本公司）依個人資料保護法（下稱個資法）第 6 條第 2 項、第 8 條第 1 項（如為間接蒐集之個人資料則為第 9 條第 1 項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

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之業務（一八一）。

二、蒐集個人資料之類別：

包括但不限於姓名、身分證統一編號（護照號碼或居留證號碼）、出生年月日、住址、聯絡方式（電話號碼、行動電話、電子郵件地址）、病歷、醫療、健康檢查、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及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、對象、地區及方式：

- (一) 期間：
個人資料蒐集特定目的存續期間、提供金融商品或服務契約期間、因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象：

1、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、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。

2、與本公司簽訂契約之保險代理人／保險經紀人及因辦理財產保險相關業務需要之第三方。

3、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。

除法令規定本公司必須進行之通報作業、提供資料予公務機關或上述因本公司營運作業所需合作之關係企業或廠商外，本公司不會在未獲得您的同意下將您的個人資料提供予任何第三方。

(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 3 條規定，您就本公司保有您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、您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）：

若您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、遲延或無法提供您相關服務或給付。

上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-005-588 免付費專線。

檢附文件(以下文件皆須齊備，寄出前請確認)

檢附文件項目	旅遊文件重置	行李			班機		額外住宿與交通費用	食物中毒慰問保險金
		延誤	損失		延誤	改降		
			竊盜、強盜與搶奪	旅館或公共交通工具業者處理失當				
理賠申請書	V	V	V	V	V	V	V	V
損失清單(毀損照片)及費用支出單據 (請於下方列舉中文品名/金額)	V	V	V	V				
警方報案證明文件	V		V				V	
旅館或公共交通工具業者所開立之事故與損失證明			V					
重置費用單據正本	V							
機票及登機證(正本)或航空公司出具之搭機證明		V			V	V		
行李票		V						
航空公司出具之行李取得或送達收取(簽收)時間證明文件		V						
航空公司簽發之行李延誤/遺失證明		V						
延誤之班機明細： 原班機及轉機日期及時間					V			
航空公司出具之班機延誤/改降原因相關證明					V	V		
飛機等交通工具之購票證明、旅館住宿證明之有效單據正本							V	
旅遊地突發事故證明文件							V	
醫療診斷證明書(必要時，本公司得要求提供食物中毒意外事故證明文件)								V

請求賠償明細(如空間不敷使用，請另以紙張列舉)

日期	損失清單	損失金額(幣別)