

## 執勤犬理賠申請書

賠案號碼：

※填寫須知，請詳背面。

理賠服務專線：0800-005678

保單號碼：	要保單位：			
被保險人：	執勤犬名字：	晶片號碼：		
被保險人 e-mail address：				
保險期間：	年 月 日起共計一年	聯絡姓名：	聯絡人電話：(手機)	
事故時間：	年 月 日時間_____	工作中發生：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	職務內容：

## 產險業履行個人資料保護法告知義務內容

南山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、第八條第一項規定，向台端告知下列事項，請 台端詳閱：

## 一、蒐集之目的：

人身保險(〇〇一)、金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(〇五九)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(〇六三)、契約、類似契約或其他法律關係事務(〇六九)、消費者、客戶管理與服務(〇九〇)、財產保險(〇九三)及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、出生年月日、性別、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查、旅行細節，詳如相關業務申請書或契約書內容。

## 三、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、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理公司或保險經紀人公司(透過保險代理人或保險經紀人公司投保者)、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、衛生福利部中央健康保險署、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、本公司母公司、本公司母公司之監理或主管機構、與要保人或被保險人有旅遊契約關係之旅行社人員。

## (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。

## 四、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：請提出書面申請或可透過 [Info@NSGeneral.com.tw](mailto:Info@NSGeneral.com.tw) 電子郵件信箱與本公司聯繫。

## 五、台端不提供個人資料所致權益之影響：

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。」

此致

南山產物保險股份有限公司

立同意書人簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請保險項目	<input type="checkbox"/> 門診醫療費用保險 <input type="checkbox"/> 住院醫療費用保險 <input type="checkbox"/> 手術醫療費用保險 <input type="checkbox"/> 喪葬費用保險		
詳細敘述意外 事故發生經過	(請依人、事、時、地、物據實說明)		
	如為車禍事故；您的車號：		對造車號：
警方處理單位：	分局	派出所，處理警員姓名：	電話：
第三人姓名：	地址：		電話：
被保險人是否投保其他保險公司保險：	<input type="checkbox"/> 是，請告知：		<input type="checkbox"/> 否
給付方式 (匯款)	** 為使保險金給付安全、迅速，恕不提供支票給付 **		
	_____ 銀行 _____ 分行 戶名 _____ 帳號 _____ 請檢附存摺影本以利正確匯款		

**聲明及授權**

- 本人聲明所填報資料，均屬正確無訛。
- 本人因向南山產物保險股份有限公司申請保險給付之需要，立授權書以被保險人  本人  父母  配偶  子女  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）、地檢署、消防局、諮詢醫師、產險公司、壽險公司、政府機關等申請調閱、抄錄或影印所有電腦檔案資料或與本案事故有關之筆錄、報告以為參證之用；嗣後如發生任何爭議，概由本人自行負責，恐口無憑，特立此書為證。（本授權書之影本與正本具同等效力）。

被保險人/受益人/立聲明及授權書人： \_\_\_\_\_ (簽章)

法定代理人/監護人：(受益人為未成年人或受監護宣告之人時) \_\_\_\_\_ (簽章)

 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 被保險人通訊地址： \_\_\_\_\_

文件備齊後請寄送至：

總公司：100 台北市中正區忠孝西路一段 6 號 15 樓 (理賠服務部-傷害險)

**理賠申請文件**

執勤犬醫療費用保險	執勤犬喪葬費用保險
一、理賠申請書 二、由獸醫院開立且記載被保險執勤犬晶片序號之診斷證明及檢驗文件 三、由獸醫院開立之醫療費用清單及收據正本 四、必要時本公司得要求提供相關證明文件	一、理賠申請書 二、被保險執勤犬死亡註銷登記之證明 三、被保險執勤犬喪葬費用支出明細表及收據正本 四、必要時本公司得要求提供相關證明文件