



申訴處理制度

更新日期：2024/12/15

一、申訴送件流程：

1. 申訴人：

係指保險契約之要保人、被保險人、受益人及其他基於保險契約或法律規定得向保險公司主張權利之人。

2. 申訴管道：

書面郵寄：110 臺北市信義區信義路五段 7 號 79 樓

書面傳真：(02) 6636-3457

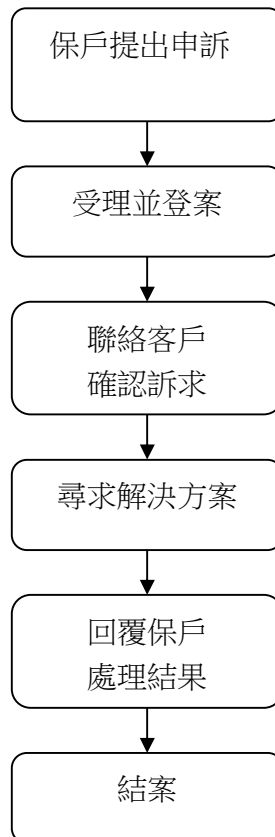
電話申訴：免付費服務電話 0800-012-899

網站留言：企業網站 <https://life.cardif.com.tw/>

二、申訴處理流程：

1. 本分公司接獲任何形式之申訴案件後，將有專人處理並致電保戶確認申訴之訴求。
2. 受理後 30 日內將以電話或書函通知申訴人處理結果。

申訴處理流程圖



申 訴 書 Application

申訴人 Complainant	姓名 Name :	身分證字號 ID :
	<input type="checkbox"/> 要保人 Policyholder	<input type="checkbox"/> 被保險人 Insured
	<input type="checkbox"/> 受益人 Beneficiary	<input type="checkbox"/> 其他 Others _____
	連絡電話 Tel :	
保單號碼 Policy number :		
申訴事由 Reason for complaint :		
訴求 Request :		
申訴人簽名 Sign :		

日期(年/月/日)Date :

申訴書 ĐƠN KHIẾU NẠI (越南語)

申訴人 Người khiếu nại	姓名 Họ tên :	身分證字號 CMT số :
	<input type="checkbox"/> 要保人 Người mua bảo hiểm <input type="checkbox"/> 被保險人 Người được bảo hiểm <input type="checkbox"/> 受益人 Người thụ hưởng <input type="checkbox"/> 其他 Khác _____	
連絡電話 Điện thoại liên lạc:		
保單號碼 Mã số Đơn bảo hiểm :		
申訴事由 Lý do khiếu nại :		
訴求 Yêu cầu :		
申訴人簽名 Người khiếu nại ký tên :		

(日/月/年) Ngày tháng năm

申訴書 หนังสือร้องเรียน (泰語)

申訴人 ชื่อผู้ร้องเรียน	姓名 ชื่อ-นามสกุล :	身分證字號 เลขประจำตัวประชาชน :
	<input type="checkbox"/> 要保人 ผู้ทำประกัน <input type="checkbox"/> 被保險人 ผู้เอาประกัน <input type="checkbox"/> 受益人 ผู้รับผลประโยชน์ <input type="checkbox"/> 其他 อื่นๆ _____	
	連絡電話 โทรศัพท์ :	
保單號碼 เลขกรมธรรม์ :		
申訴事由 เรื่องที่ร้องเรียน :		
訴求 ความต้องการ :		
申訴人簽名 ลายมือชื่อผู้ร้องเรียน :		

日期 (年/月/日) วันที่ (ปี/เดือน/วันที่) :

申訴書 Surat Pengaduan (印尼語)

申訴人 Pelapor	姓名 Nama :	身分證字號 No. KTP :
	<input type="checkbox"/> 要保人 Pembayar premi <input type="checkbox"/> 被保人 Tertanggung <input type="checkbox"/> 受益人 Ahli waris <input type="checkbox"/> 其他 Lainnya _____	
	連絡電話 Telepon :	
保單號碼 No. polis :		
申訴事由 Keluhan :		
訴求 Tuntutan :		
申訴人簽名 Tanda tangan pelapor :		

年 Tahun :

月 bulan :

日 tanggal