

強制險受害人(請求權人)申請注意事項

一、請求權人(受害人)申請應備事故證明文件

- (1). 交通事故當事故當事人登記聯單。
- (2). 道路交通事故現場圖、現場照片。
- (3). 初判表(初判表視個案情形盡可能請受害人提供)。

備註：登記聯單、現場圖、初判表(其中一項需正本)

二、請求權人(受害人)申請必備文件資料。

- 受害人身分證明文件影本(身分證正反面、駕照等)
- 未滿 20 歲者(年齡計算至申請日為準)，法定代理人(父母或監護人)身分證正反面影本或戶口名簿影本(或監護人證明文件)
- 事故當事人(雙方)已和解者，應檢附和解書(或調解書)或法院判決書、和(調)解筆錄，或者是調解不成立之證明文件。

醫療申請

- 診斷證明書正本、醫療費用收據正本或副本收據(醫療費用影本加蓋與正本相符及醫療機構收據專用章)

殘廢給付

- 檢附事發當日及事發一年以後之最新 X 光片或斷層掃描、事發當日至事發一年後之完整病歷資料及最新之診斷證明書(需載明現況)。

死亡案件

- 除戶戶籍謄本、請求權人全戶戶籍謄本及身分證正反面影本
- 地方法院檢察署相驗屍體證明書或其他證明文件
- 合格醫師開具之死亡診斷證明書。(當場死亡未送醫院者無需檢附)

三、申請應填寫之基本表格(視特殊個案原因，須加補其他表格；例如：受害人死亡)

- 強制汽車責任保險請求給付申請書(附件 1)
- 履行個人資料保護法告知義務(附件 2)
- 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書(附件 3)
- 強制險理賠所需文件暨簽收單(附件 4)
- 委託代辦申請委託書(附件 5)【委託代辦(或代理人)需檢附身分證明文件影本】
- 同意查閱病歷聲明書(附件 6)
- 同意複檢聲明書(附件 7)【申請殘廢給付文件】
- 交通費用明書(附件 8)、看護費用證明單(附件 9)
- 匯款申請書(附件 10)、**請求權人之銀行存摺影本**

備註：一、請求權人(受害者)未滿 20 歲者，法定代理人須共同在表格內簽章。

二、調閱交通事故資料申請書應依各警分局規定之『委託書、申請書』版本。

★對應備資料不清楚或疑慮者，請洽新光產物各市(縣)分公司駐地車險理賠人員。

強制汽車責任保險請求給付申請書

附件 1

請求權人	姓名			<input type="checkbox"/> 1.本國籍	<input type="checkbox"/> 2.外國籍	身分證號			
	生日	民國	年	月	日	<input type="checkbox"/> 1.男	<input type="checkbox"/> 2.女	<input type="checkbox"/> 1.已婚 <input type="checkbox"/> 2.未婚	
	住址						電話		
	服務單位				電話			騎乘車牌照號碼	
事故日期	民國	年	月	日	事故地點				
醫療院所				地址			電話		
憲警處理	憲警單位名稱				處理警員姓名		電話		
	<input type="checkbox"/> 1. 憲警立即現場處理			<input type="checkbox"/> 2.事後憲警單位報備					

請敘述事故經過

加害人1.有 2.無 與受害人達成和解 和解金額 附和解毒影本

請求權人姓名 等 人 身分證號

請求權人與受害人關係：

1.本人 2.配偶 3.子女 4.父母 5.祖父母 6.孫子女 7.兄弟姐妹 其他_____

申請人聲明

一、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。

二、本人同意貴公司基於理賠目的，在個人資料保護法許可範圍內蒐集、處理及利用個人資料，並將前開資料轉送中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、關貿網路(股)公司、財團法人保險犯罪防治中心、財團法人汽車交通事故特別補償基金、檢警單位、委外代位請求機構、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。

申請人 姓名： _____ 簽章 _____ 與請求權人關係：

身分證字號： _____ 蓋章 _____

通訊地址 郵遞區號 □□□□□□

電話 公司： _____ 宅： _____ 民國 年 月 日

下列資料如有缺漏，得由本公司經辦人填寫

肇事車所有人	姓名			<input type="checkbox"/> 1.本國籍 <input type="checkbox"/> 2.外國籍	加害駕駛人	姓名			<input type="checkbox"/> 1.本國籍 <input type="checkbox"/> 2.外國籍		
	身分證號					身分證號					
	出生日期	民國	年	月		日	出生日期	民國	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女					<input type="checkbox"/> 1.已婚 <input type="checkbox"/> 2.未婚					
	住址					住址					
	電話					電話					
肇事車牌照號碼		投保公司			保單號碼						

以下欄位由本公司經辦人填寫

險種	強制(65)	強制(68)	強制(69)	出險原因	科長初核	預估輸入
	體傷 人	死亡 人	殘廢 人			
預估金額						

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

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 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、電子郵遞地址）、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。

被保險人/駕駛人/受告知人 簽名：

蓋
章

新光產物保險股份有限公司

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

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「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」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，將於人身保險或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 台端相關人身保險或財產保險業務之申請及辦理。

立同意書人（即被保險人），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、處理及利用本人之病歷、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

新光產物保險股份有限公司

立同意書人（被保險人/請求權人）簽名：

蓋
章

法定代理人 簽名：

蓋
章

中華民國

年

月

日

新光產物強制險理賠所需文件暨簽收單

附件 4

一、得申請項目（依據強制汽車責任保險給付標準第 2 條規定辦理之）

1. 急救費用：指救護車費。
2. 診療費用：指全民健康保險之部分負擔、病房費差額、掛號費、膳食費及義肢裝置費差額。
3. 護送費用：指轉診、出院及往返門診之合理交通費用並需檢附證明單據。
4. 看護費用：包含特別護理費、看護費等，但以傷情嚴重並經主治醫生證明確有必要者為限。

二、注意事項

※1. 以上均需檢附正本收據，可以副本收據代替（但必須加蓋與正本相符及醫院收發章）。

2. 每人每一事故傷害醫療給付總額以 NT\$20 萬元為限。
3. 病房費差額，每日以 NT\$1,500 元為限。
4. 膳食費，每日以 NT\$180 元為限。
5. 看護費，每日以 NT\$1,200 元為限，最高以 30 日為限。

※6. 依據強制汽車責任保險法第十四條規定，請求權人對於保險人之保險給付請求權，二年間不行使而消滅；因此，請求權人應於民國 年 月 日（即自事故發生日民國 年 月 日起算二年）前補齊所有理賠申請文件資料，逾此期限本公司將不負賠付責任。

7. 受害人接受全民健康保險提供之給付，由全民健康保險之保險人依全民健康保險法第 95 條規定向強制汽車責任保險之保險人代位請求。

三、理賠所需資料

1. 需共同檢具資料

- ① 理賠申請書（表格由本公司提供）
- ② 行照、駕照、車主與駕駛人印章（公司車：大小章）
- ③ 警方道路交通事故當事人登記聯單（至警方查證之申請書、委託書需駕駛人蓋章）
- ④ 同意查閱病歷聲明書（表格由本公司提供）
- ⑤ 強制險賠款同意書（給付加害人）（表格由本公司提供）
- ⑥ 保險給付匯款申請書（表格由本公司提供）

2. 傷害醫療給付（除上列第一項資料外，另需下列資料）

- ① 合格醫師診斷書正本
- ② 醫療費用收據正本或副本
- ③ 請求權人身分證明
- ④ 請求權人印章

3. 殘廢給付（除上列第一項資料外，另需下列資料）

- ① 合格醫師開具之殘廢診斷書
- ② X 光片與病歷相關資料
- ③ 同意複檢聲明書（表格由本公司提供）

4. 死亡給付（除上列第一項資料外，另需下列資料）

- ① 死亡證明書
- ② 除戶證明
- ③ 全戶戶籍謄本
- ④ 請求權人身分證明

理賠經辦：	受理案號：CAC
電話：分機	傳真：
地址：	

※請附銀行存摺影本

強制汽車責任保險理賠文件簽收單

收件日期： 年 月 日

理賠案申請日期： 年 月 日

賠案號碼：

請求權人：

電話：

申請項目：醫療給付殘廢給付死亡給付

申請強制汽車責任保險保險金必備文件明細表

1	理賠申請書(蓋妥車主章)	6	醫療費用收據正本_____張	11	X光片與病歷相關資料
2	行、駕照影本	7	醫療費用收據副本_____張	12	同意複檢聲明書
3	請求權人身分證明	8	交通費收據_____張	13	死亡證明書
4	憲警單位處理證明文件	9	同意查閱病歷聲明書	14	除戶證明
5	合格醫師診斷書	10	合格醫師開具之殘廢診斷書	15	全戶戶籍謄本
缺補文件					

注意事項：本公司於所需文件收齊之次日起 10 個工作日內給付保險金。

受告知人已獲告知且詳閱「個人資料保護法告知義務內容」，始簽章於上。

送件人：

電話：

蓋章

(簽章)

收件人：

電話：

(簽章)

委託書(代辦專用)

附件 5

茲同意受託人 _____ 代為辦理受害人 _____ 於
民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日在 _____ 發
生汽(機)車交通事故致 死亡 殘廢 體傷乙案，申請強制汽車
責任保險相關理賠事宜。

此 致
新光產物保險股份有限公司

委託人： _____ 簽章

蓋
章

身分證號碼： _____

地址及電話： _____

受託人： _____ 簽章

蓋
章

身分證號碼： _____

地址及電話： _____

※受託人請附身份證影本

受託人已獲告知且詳閱「個人資料保護法告知義務內容」，始簽章於上。

受託人身分證正面影本黏貼處
(代辦人)

受託人身分證反面影本黏貼處
(代辦人)

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意複檢聲明書

本人（即受害人）於民國 年 月 日
在 處發生交通事故受
傷，為向新光產物保險股份有限公司申請殘廢給付理賠金額之需
要，本人同意接受經衛生署公告並依法評鑑合格之地區教學醫院
以上之醫院重新檢驗複診，恐口說無憑特立此聲明書為證。

此 致
新光產物保險股份有限公司

立聲明書人：

簽章

蓋
章

身分證號碼：

中 華 民 國 年 月 日

交通費用證明單

受害人_____於民國____年____月____日

發生交通事故，在_____醫院（診所）診療共計

_____次，需往返交通費用共計新台幣_____元。

特此證明

受 害 人：_____

蓋
章

身分證字號：_____

中華民國____年____月____日

看 護 證 明

茲證明受害人_____因汽車交通事故受傷住
院治療及居家看護所需，期間自 _____ 年 _____ 月 _____ 日
至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止共計 _____ 天，由本人擔任看護，
特此證明。

看護親友姓名：

關係：

身分證號碼：

地址：



