

強制險受害人(請求權人)申請流程說明及應備文件注意事項



一、申請流程說明

- (1) 查證作業：本公司將會派員至憲警單位查證，以瞭解事故車輛內容。
- (2) 賠案簽結：依強制汽車責任保險給付標準規定辦理。
- (3) 賠案撥款：本公司將於收到相關文件齊全後10個工作日內給付。

二、請求權人(受害人)申請應備事故證明文件

- (1) 交通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)

三、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18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)

失能給付申請

- 檢附事發當日受傷部位X光片與事發一年以後之最新X光片(距認定時點3個月內)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)。

死亡給付申請

- 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)

四、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
- 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書
- 強制險理賠所需文件暨簽收單
- 委託代辦申請委託書【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 同意複檢聲明書
- 交通費用證明單、看護費用證明單
- 匯款申請書、**請求權人之銀行存摺影本**

備註：一、請求權人(受害者)未滿18歲者，法定代理人(父母或監護人)須共同在表格內簽章。

二、調閱交通事故資料申請應依各警政分局規定之『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。

強制汽車責任保險申請須知

請特別注意事項

1. 如果有保險代辦人要求替您申請強制險保險金而收取高額的代辦費，請不要受騙上當，避免您的保險利益受損，因為保險項目及金額都有法令的規範，非常容易申請。
2. 如果保險代辦人以不實的文件申請，您可能受連累而負擔刑事責任，而且也會被求償返還保險金，實在是得不償失，特別提醒您。
3. 如果您對於失能給付有任何問題，歡迎您洽詢本公司的承辦客服人員，本公司免付費專線 0800-789-999，將竭誠為您服務。

一、什麼人可以申請強制汽車責任保險金？

- (一) 因車禍事故致他人受傷或失能時：
請求權人為受害人本人。
- (二) 因車禍事故致他人死亡時：
1. (第一順位) 由死者的配偶、父母、子女全體為請求權人。
 2. (第二順位) 由祖父母包括外祖父母為請求權人。
 3. (第三順位) 由孫子女為請求權人。
 4. (第四順位) 由兄弟姊妹為請求權人。

二、申請強制汽車責任保險金應備那些文件？

| 需要檢附的文件 | 補充說明 |
|---------------------------------------|--|
| 1. 請求權人的身分證或駕駛執照 | |
| 2. 受害人死亡後所申領之全戶戶籍謄本及除戶戶籍謄本 | 請向各地戶政事務所申請，若請求權人不同戶時，請申請各別的戶籍謄本。 |
| 3. 道路交通事故當事人登記聯單、現場圖、照片、道路交通事故初步分析研判表 | 當事人登記聯單是由交通事故處理單位提供，現場圖、照片或道路交通事故初步分析研判表請向各分局或交通隊申請。 |
| 4. 合格醫師開立的診斷書及病歷資料 | 請向就診的醫療院所申請；若於不同醫療院所就診時，請向各醫療院所申請。 |
| 5. 醫療費用收據或憑證 | 請參閱如後列醫療費用給付之檢附憑證。 |
| 6. 受害人死亡的證明文件 | 相驗屍體證明書是由地檢署出具，死亡證明書請向就診的醫院申請。 |
| 7. 自損害賠償義務人獲有賠償之文件 | 如法院的判決、和(調)解書。 |
| 8. 金融機構帳戶之存摺封面影本 | |
| 9. 委託他人代理申請時，由全體請求權人出具之委託書。 | 請代理人出具身分證明文件 |

三、強制汽車責任保險給付金額為何？

- (一) 傷害醫療費用給付：每人最高以 20 萬元為限。
- (二) 失能給付：失能程度分為 15 等級，金額從 5 萬元至 200 萬元不等，受害人同時有相關之醫療費用可一併申請，合計最高 220 萬元。
- (三) 死亡給付：每人死亡給付 200 萬元，受害人死亡前之相關醫療費用可一併申請，合計最高 220 萬元。

四、申請醫療費用的項目有那些？

| 項目 | 理賠金額 | 檢附憑證 |
|-------------------|--------------------|---------|
| 一、急救費用 | | |
| 1. 救助搜索費 | 合理且必須之實際支出 | 急救費用收據。 |
| 2. 救護車費及隨車醫護人員費用 | | |
| 二、診療費用 | | |
| (一) 屬於全民健保範圍之給付項目 | 由受害人自行負擔之費用(及部分負擔) | |

| | | |
|--|--|--|
| (二)掛號費 | | 1. 診斷證明書。 |
| (三)診斷證明書費 | 以申請給付之必要者為限 | 2. 就診醫療機構出具之醫療費用收據，如為影本，須加蓋與正本相符及醫療機構收據專用章。 |
| (四)住院之病房費差額 | 所住病房與健保病房之差額，每日以 1,500 元為限。 | |
| (五)膳食費 | 每日以 180 元為限 | 限住院期間，免附收據。 |
| (六)義肢器材及裝置費 | 每一上肢或下肢以 5 萬元為限 | 1. 檢附支出憑證。 2. 義肢器材及裝置費為超出健保給付部份。 |
| (七)義齒器材及裝置費 | 每缺損一齒以 1 萬元為限，但五齒以上者，以 5 萬元為限。 | |
| (八)義眼器材及裝置費 | 每顆以 1 萬元為限 | |
| (九)其他經醫師認為治療上必要之醫療材料(含輔助器材費用) | 以 2 萬元為限 | |
| (十)受害人非以全民健保之被保險人診療者 | 1. 依全民健保緊急傷病自墊醫療費用核退辦法規定診、門診治療日或出院日一季之平均費用標準支付。但醫療費用收據低於該標準時依收據金額認定。 2. 若能提供全民健保給付項目及費用之證明文件時，比照以全民健保之被保險人診療者之規定核付。 | 1. 醫療費用收據。 2. 該平均費用標準可於中央健康保險局網站查知。 |
| 三、接送費用 | | |
| 受害人於合格醫療院所，因往返門診、轉診或出院之合理交通費用。 | 1. 轉診交通費用依診斷書之紀錄轉診需要核付。 2. 往返門診之合理交通費用，以搭乘計程車自往返醫院所付交通費計算，以 2 萬元為限。 | 1. 診斷證明書。 2. 請提供醫療費用單據，俾憑計算。 3. 以合理必要為限，自用車亦可比照辦理。 |
| 四、看護費用 | | |
| 受害人於住院期間因傷勢嚴重所需之特別護理費及看護費，但居家看護以經主治醫生證明確有為限。 | 1. 普通病房之看護費用，除聘請看護人員之外，若由親屬看護時，仍得申請。 2. 每日以 1,200 元為限，但不得逾 30 日。 | 1. 看護人出具收據。 2. 若由親屬看護，請提供記載擔任看護親屬之姓名、親屬身分關係、地址及看護期間之書面說明代替。 |

五、受害人符合什麼狀況才可以申請失能給付？

強制汽車責任保險所稱失能，指受害人因汽車交通事故致身體傷害，經治療後**症狀固定**，**再行治療仍不能期待治療效果**，並經合格醫師診斷為永不能復原及符合強制汽車責任保險失能給付標準表規定之狀況。

請上網搜尋「強制汽車責任保險失能給付標準表」，或參考下列網址：

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?pcode=G0390067&flno=3>

六、各等級失能程度之給付金額為何？

| | |
|------------------|------------------|
| 第一等級：新臺幣 200 萬元。 | 第九等級：新臺幣 47 萬元。 |
| 第二等級：新臺幣 167 萬元。 | 第十等級：新臺幣 37 萬元。 |
| 第三等級：新臺幣 140 萬元。 | 第十一等級：新臺幣 27 萬元。 |
| 第四等級：新臺幣 123 萬元。 | 第十二等級：新臺幣 17 萬元。 |
| 第五等級：新臺幣 107 萬元。 | 第十三等級：新臺幣 10 萬元。 |
| 第六等級：新臺幣 90 萬元。 | 第十四等級：新臺幣 7 萬元。 |
| 第七等級：新臺幣 73 萬元。 | 第十五等級：新臺幣 5 萬元。 |
| 第八等級：新臺幣 60 萬元。 | |

七、申請失能給付是不是很難？聽說透過代辦人申請比較容易也比較快？

失能給付項目及金額都有法令規範，上網查詢也可以輕易取得相關資料，資訊皆透明公開，申請失能給付絕對不難。

保險代辦人之目的在於榨取您的保險金，不見得較便利，請不要被人利用。

如果您對於失能給付有任何問題，歡迎您洽詢本公司的承辦客服人員，將竭誠為您服務。

新光產物保險股份有限公司

強制汽車責任保險理賠申請書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------|---|--------|---------|--------------|----|--------------|---|---|---|---|--|------------|
| 受害人 | 王大明 | | 身分證統一編號 | A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 48年10月10日生 |
| 住址 | OO縣(市) OO區 OO路(街) OO號 | | | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 <input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input checked="" type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 | |
| 乘坐車輛牌照號碼 | ABC-123 | | <input checked="" type="checkbox"/> 駛人 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/> 車外人 | | 受害人連絡電話 | 0987-654-321 | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. 憲警立即現場處理 <input type="checkbox"/> 2. 事後憲警單位報備 | 憲警單位名稱 | 板橋交通隊 | | 處理警員姓名 | 陳福康 | | 電話 | 02-2345-6789 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------|---------------------|--|------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事故日期 | 110年1月21日 18時45分 | | 事故地點 | OO縣(市) OO區 OO路(街) OO號 | | | | | | | | | | |
|------|---------------------|--|------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

請簡述事故經過：
 本人騎車到路口與左轉的汽車碰撞，導致本人受傷骨折

加害人 1. 有 2. 無 與受害人達成和解，和解金額 元 附和解書影本

茲為防制重複申請強制汽車責任保險理賠之情事，本人了解並同意保險公司得將本人申請強制汽車責任保險理賠之保險金資料（包括但不限於一般個人資料以及病歷、醫療等特種個人資料），得為蒐集、處理及利用，並得提供予其他財產保險公司、財團法人汽車交通事故特別補償基金或產險公會查詢或核對之用。

此 致
 新光產物保險股份有限公司
 簽章：王大明

明王
印大

請求權人聲明：

一、以上所述皆與事實相符，本人若已自加害人取得賠償或已向其他財產保險公司申請強制險理賠而未說明，願依民法第179條不當得利之規定，返還所受領之保險金。

二、本人同意所提供之個人資料得以電子檔案或紙本形式於我國境內供貴公司上傳產、壽險公會建立查詢系統，貴公司的業務委外廠商、保險事業發展中心、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用。

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

本公司辦理您的理賠申請而蒐集、處理或利用您的病歷、醫療或與事故經過相關的查證等資料，均為評估理賠義務之履行、辦理再保險或風險評估等執行保險業務目的之用。

本公司僅會蒐集因上述業務所必要之個人資料，該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定執行業務之期間內被處理或利用。

本公司保有您的個人資料時，您可以至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複本。若您的個人資料有誤或記載不完全，您可以書面通知補充或更正，但依法您應為適當的理由說明；若尚有其他疑義時，您也可以書面通知本公司停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料。本公司基於上述原因而須蒐集、處理或利用您的個人資料時，若您選擇不同意或是提供之個人資料不完全，本公司將可能無法進行必要之審核及處理作業，因此遲延或無法提供對您的服務或給付。

【註】：上開告知事項已公告於本公司官網，如有任何問題歡迎洽詢本公司免付費專線。

| | | | | | |
|------|--|--------------------|---------|----------|--|
| 請求權人 | 姓名：王大明 | 身分證統一編號：A123456789 | 簽章：王大明 | 明王 印大 | |
| | 與受害人關係： <input checked="" 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_____ | | | | |
| | 通訊地址 (郵遞區號) 同上 | | 聯絡電話：同上 | | |

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 | 身分證統一編號 | 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 已婚 <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"/> 兄弟姐妹 <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)_____ | |

以下欄位由本公司經辦人填寫

| 險種 | 強制(90) | 強制(91) | 強制(92) | 出險原因 | 科長初核 | 預估輸入 |
|------|--------|--------|--------|------|------|------|
| | 體傷 人 | 失能 人 | 死亡 人 | | | |
| 預估金額 | | | | | | |

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、海外急難救助、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 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、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。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 簽名： **王大明**

（被保險人/受害人/請求權人）

法定代理人 簽名：

（未滿 18 歲者，需父+母用印，單親監護者需戶籍謄本證明監護權）

中華民國 年 月 日

委託書(代辦專用)

茲同意受託人 **吳小芸** 代為辦理受害人 **王大明** 於民國 110 年 01 月 21 日 在 **○○市○○區○○路○○巷** 發生汽(機)車交通事故致 死亡 失能 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： **王大明** 簽章

明王
印大

身分證號碼： **A123456789**

電話： **0987-654-321**

地址： **○○縣(市)○○區○○路(街)○○號**

受託人： **吳小芸** 簽章

芸吳
印小

身分證號碼： **F223987654**

電話： **0987-123-321**

地址： **○○縣(市)○○區○○路(街)○○號**

※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

同意查閱病歷聲明書

因本人 **王大明** 於 110 年 01 月 21 日 在 ○○市
○○區○○路○○巷 發生交通事故，

為申請汽車強制責任保險給付或補償之需要，本人同意授權
新光產物保險所指定之人，向 貴院(診所)調閱、抄錄或影
印本人之相關病歷資料，恐口說無憑，特立此書為證。此致

醫院(診所)

立聲明書人：**王大明**

簽章：

明王
印大

身分證號碼：**A123456789**

中 華 民 國 年 月 日

同意複檢聲明書

茲受害人 王大明 於 110 年 01 月 21 日 21 時
在 ○○市○○區○○路○○巷 發生交通事故，為申請強制汽
車責任保險失能給付保險金之需要，依「強制汽車責任保險法」
第二五條第二項、「強制汽車責任保險給付標準」第八條與行政院
金融監督管理委員會公告「申請強制汽車責任保險給付相關證明
文件」之規定，同意接受公立或教學醫院重新檢驗查證，立聲明
書之人恐口說無憑，特立此書為證。

此致

新光產物保險股份有限公司

立聲明書人： 王大明

簽章：

明王
印大

身分證字號： A123456789

中 華 民 國 年 月 日

交通費用證明書

茲為證明受害人 **王大明** 於 **110** 年 **01** 月 **21** 日發生交通事故，自 **110** 年 **01** 月 **21** 日至 **110** 年 **07** 月 **25** 日止，所支出之往返門診、轉診或出院等相關交通費用（如下明細表），請 貴公司查核。

| 日期 | 起訖地點 | 次數 | 單次金額 | 金額小計 |
|----------------------------------|-----------|----|-------|--------|
| 110 年 01 月 21 日至 年 月 日 | 雙和醫院↔台安醫院 | 1 | 350 | 350 |
| 110 年 01 月 22 日至 110 年 05 月 06 日 | 住家↔台安醫院 | 7 | 220*2 | 3,080 |
| 110 年 03 月 15 日至 110 年 07 月 25 日 | 住家↔中醫診所 | 18 | 320*2 | 11,520 |
| 年 月 日至 年 月 日 | ↔ | | | |
| 年 月 日至 年 月 日 | ↔ | | | |
| 年 月 日至 年 月 日 | ↔ | | | |
| 年 月 日至 年 月 日 | ↔ | | | |
| 年 月 日至 年 月 日 | ↔ | | | |
| 年 月 日至 年 月 日 | ↔ | | | |
| 年 月 日至 年 月 日 | ↔ | | | |
| 年 月 日至 年 月 日 | ↔ | | | |
| 金額合計： 14,950 元整 | | | | |

1. 日期：以就診同一家醫院分別填寫

2. 單次金額：以單趟車資，往返者乘 2 計算

此致

新光產物保險股份有限公司

受 害 人： **王大明**

身分證號： **A123456789**

居住地址： **00 縣(市) 00 區 00 路(街) 00 號**

明王
印大

中 華 民 國 年 月 日

看 護 證 明

茲證明受害人 王大明 因汽車交通事故受傷住院
治療及居家看護所需，期間自 110 年 01 月 21 日
至 110 年 02 月 20 日止 共計 30 天，由本人擔任看護，
特此證明。

看護親友姓名：王大山

關係：兄弟

身分證號碼：A123987654

地址：OO 縣(市) OO 區 OO 路(街) OO 號

山王
印大

看護立書人已獲告知且詳閱「個人資料保護法告知義務內容」，始簽章於上。

汽車險賠款匯款申請書 (請提供存摺影本)

敬啟者：向貴公司投保之保單號碼：
發生保險給付，請惠予撥匯下列行庫存款戶為荷。

賠案號碼：

明王
印大

此致

受款人簽章：**王大明**

新光產物保險股份有限公司 台照

年 月 日

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---------------------|----------|---------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 受款人 | 王大明 | 身分證統一編號 營利事業統一編號 | A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 請務必填寫 | 匯款帳戶〈限受款人〉 | 金 額 | \$ 元 | | | | | | | | | |
| 新光銀行 中港路分行 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | |
| 通訊住址 | 台北市 文山 區市 里 育英 街 巷 2 號 縣 鄉鎮 村 路 弄 15 樓 | | | | | | | | | | | |
| 說明： | | 手 號 | 機 碼 | 0987-654-321 | | | | | | | | |
| 1. 保單號碼、案號由本公司人員填寫。 | | | | | | | | | | | | |
| 2. 住址、存戶帳號等由受款人填寫。 | | | | | | | | | | | | |

新光產物強制險理賠所需文件暨簽收單

一、注意事項

1. 為使受害人可迅速獲得基本保障，建議於事故起二個月內先行提出第一次醫療費用申請，後續持續治療之醫療費用，可於二年內分批次提出申請，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。
2. 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，逾請求權期限本公司將不負賠付責任。

二、理賠所需資料

1. 需共同檢具資料

- (1) 警方道路交通事故當事人登記聯單或初步分析研判表(擇一正本)，本公司需向憲警機關查證者，依各地警政分局製定之委託書及道路交通事故申請書之版本為主。
- (2) 請求權人身分證明文件影本。
(如請求權人未滿法定之成年年齡，需再檢附法定代理人身分證明文件並於所有表格簽章)
- (3) 請求權人銀行帳戶影本。
- (4) 受害人直接請求申請書、同意查閱病歷及複檢聲明書、保險給付匯款申請書
新光產物病歷醫療健康等個人資料蒐集、處理及利用同意書(本項次之表格文件由本公司提供)。

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，或亦可以副本申請(副本必須加蓋「與正本相符」及「醫療機構收據專用章」)。

3. 失能給付(除上列第一項資料外，另需下列資料)

- (1) 合格醫師開具之最新失能診斷書(一至兩個月內)(2)X光片(急診及近一個月內)與病歷相關資料。

4. 死亡給付(除上列第一項資料外，另需下列資料)

- (1) 相驗屍體或死亡證明書(2)除戶證明(3)全戶戶籍謄本
(或現住人口、非現住人口、詳盡記事之新式戶口名簿)。

| | | | | | |
|-------|-----|-------|--|-------|----|
| 受理案號： | CAC | 理賠經辦： | | 聯絡電話： | 分機 |
|-------|-----|-------|--|-------|----|

申請項目：醫療給付 失能給付 死亡給付

申請強制汽車責任保險保險金必備文件明細表

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----|-------------------------------|-------------------------------------|-----|------------------------|-------------------------------------|----|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | 受害人直接請求申請書 | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 憲警單位處理證明文件正本 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 行、駕照影本 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | 請求權人身分證明文件 | | 5 | 法定代理人身分證明文件 | <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | 合格醫師診斷書 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 7 | 醫療收據正(副)本共____張 | <input checked="" type="checkbox"/> | 8-1 | 同意查閱病歷聲明書 | <input checked="" type="checkbox"/> | 9 | 交通費用證明單 |
| | | | | 8-2 | 同意複檢聲明書 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 10 | 看護費用證明單 | | 11 | 合格醫師開具失能診斷書 | | 12 | X光片及病歷摘要 |
| | 13 | 相驗屍體或死亡證明書 | | 14 | 繼承暨同意文件驗證聲明 | | 15 | 除戶證明 |
| | 16 | 全戶戶籍謄本或現住人口、非現住人口、詳盡記事之新式戶口名簿 | | 17 | 病歷醫療健康等個人資料蒐集、處理及利用同意書 | | 18 | 委託(或授權)書 |

涉特補分攤 病歷醫療及健康檢查等個人資料蒐集處理或利用同意書 道路交通事故當事人資料申請書
未獲有損害賠償義務人賠償之聲明書 收據暨行使代位權告知書

缺補文件

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：王大明
電話：0987-654-321

明王
印大

(簽章)

收件人：
電話：

(簽章)