

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，您也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. 如果您對於殘廢給付有任何問題，歡迎您洽詢本公司的承辦客服人員，本公司免付費專線 0800-012-080，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殘廢時：
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) 殘廢給付：殘廢程度分為 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，急診、門診治療日或出院日前一季之平均費用標準支付。但醫療費用收據低於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，自用车亦可比照辦理。
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必要為限。	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殘廢給付?

強制汽車責任保險所稱殘廢，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殘廢給付標準表規定之狀況。

請上網搜尋「強制汽車責任保險殘廢給付標準表」，或參考下列網址：

<http://law.tii.org.tw/Scripts/Query4A.asp?FullDoc=all&Fcode=A0030028>

六、各等級殘廢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、申請殘廢給付是不是很難?聽說透過代辦人申請比較容易也比較快?

殘廢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，申請殘廢給付絕對不難。

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。

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

強制汽車責任保險理賠申請書

受害人	身分證字號							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										
乘坐車輛 牌照號碼	<input type="checkbox"/> 駕駛人 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/> 車外人			受害人 連絡電話						
<input type="checkbox"/> 1.憲警立即現場處理 <input type="checkbox"/> 2.事後憲警單位報備	憲警單 位名稱				處理警 員姓名			電話		
事故日期			事故 地點							
請簡述事故經過：										
加害人 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無 與受害人達成和解，和解金額 _____ 元 <input type="checkbox"/> 附和解書影本										
請求權人聲明： 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。										
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。您的個人資料僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內供公司及上傳產壽險公會建立查詢系統，本公司的業務委外廠商、保險事業發展中心、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。 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：	身分證字號：			簽章：					
	與受害人關係：	<input 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)				聯絡電話：		民國 年 月 日			
請求權人 匯款帳號	銀行/郵局 /農會		分行	帳號						

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	身分證字號							年 月 日生	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 外國 <input type="checkbox"/> 女性 <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(21A)	強制(21C)	強制(21B)	出險原因	主管初核	預估輸入
	體傷 人	失能 人	死亡 人			
預估金額						

同意 查閱病歷 複檢 聲明書

茲因受害人 _____

於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時許發生交通事故，為向 _____ 產物
保險股份有限公司 申請強制汽車責任保險傷害醫療費用/失
能/死亡給付之需要，本人同意：

一、授權該公司所指定之人，向貴院(診所)調閱、抄錄或影印
受害人之相關病歷。

二、接受衛生福利部公告並依法評鑑合格之地區教學醫院以上
之醫院，予以檢驗查證。

上述事項恐口說無憑，特立此書為證。

此致

醫院(診所)

立聲明書人： _____  (簽章)

身分證號碼： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意查閱病歷聲明書

因本人 _____ 於 _____ 年 _____ 月 _____ 日在

發生交通事故，

為申請強制汽車責任保險給付或補償之需要，本人同意授權

_____ 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，如因調閱、抄錄或影印資料而發生糾紛，概

由本人負責，恐口說無憑，特立此書為證。

此致

醫院(診所)

立聲明書人：

身分證號碼：



(簽章)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意複檢聲明書

茲受害人 於 年 月 日 時
在 發生交通事故，為申請
強制汽車責任保險殘廢給付保險金之需要，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

產物保險股份有限公司

立聲明書人：

簽章

身分證字號：

中 華 民 國

年

月

日