

申請強制險理賠流程



強制汽車責任保險 理賠申請很簡便

只要交齊證明文件，
保險公司就會在十個工作日內
給付保險金。



千萬別找保險黃牛！



強制汽車責任保險
COMPULSORY AUTOMOBILE LIABILITY INSURANCE

專屬網站：www.cali.org.tw
免費服務專線 0800221783



強制汽車責任保險
粉絲團

廣告

強制汽車責任保險 申請須知

保險金 / 補償金

如果有保險代辦人主動要求替您申請強制險保險金或補償金而收取高額的代辦費，請不要受騙上當，因申請強制險手續簡便，給付範圍項目及金額都須按法令規定核付，且有申訴調處制度為您主持公道。萬一保險代辦人以不實的文件申請，您也可能受連累而負擔刑責，也會被求償返還給付金額。

一、什麼人可以申請強制險保險金或補償金？

(一) 因汽、機車發生車禍致他人(指乘客或車外第三人)受傷或死亡，不論哪一方有過失，請求權人得按下列情形之一，申請強制險保險金或補償金。

1. 若造成車禍之汽、機車有投保強制險時	向承保該汽、機車強制險之產物保險公司申請保險金。
2. 若造成車禍之汽、機車有下列情形之一者： (1) 無法查究(如肇事逃逸)。 (2) 未投保強制險。 (3) 未經被保險人同意使用或管理之被保險汽、機車(如失竊車)。 (4) 無須訂立本保險契約之汽車(如拼裝車、農用車等)。	向特別補償基金申請補償金。 (特別補償基金係委託辦理強制險之各產物保險公司辦理補償業務，請直接向各地產物保險公司總分支機構洽辦申請手續)

查詢汽、機車有無投保強制險，請向財團法人保險事業發展中心查詢，電話：0800-825-688。

(二) 請求權人如下：

1. 若受害人受傷或失能時	請求權人為受害人本人。 第一順位：以死者配偶、父母、子女全體為請求權人。
2. 若受害人死亡時，為受害人之遺屬，順位如右：	第二順位：以祖父母包括外祖父母為請求權人。 第三順位：以孫子女為請求權人。 第四順位：以兄弟姊妹為請求權人。

二、申請強制險保險金或補償金需要那些文件？如何取得？

需要檢附的文件	取得方法及補充說明
(一) 請求權人的身分證或駕駛執照	請求權人提供。
(二) 受害人死亡後所申領之全戶戶籍謄本及除戶戶籍謄本	可向各地戶政事務所申請，若請求權人不同戶時，個別的戶籍謄本應一併提供。
(三) 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	請向各警察分局或交通隊申請。
(四) 合格醫師開立之診斷證明書	向就診之醫院申請；若於不同醫院就診時，各醫院診斷證明書都要申請。
(五) 醫療費用收據或憑證	請參閱如後列傷害醫療費用應檢附之憑證。
(六) 受害人死亡的證明文件	如醫院出具的死亡證明書或地檢署出具的相驗屍體證明書。
(七) 自損害賠償義務人獲有賠償之證明文件	如法院判決或和(調)解書。
(八) 金融機構帳戶之存摺封面影本	請求權人提供。
(九) 委託他人代理申請時，由全體請求權人出具之委託書	代理人須出具身分證明文件。
(十) 同意查閱病歷聲明書	保險公司提供。
(十一) 同意複檢聲明書	保險公司提供。

申請補償金者，另有其他應附文件，包括(十二)補償金申請書、(十三)未獲有損害賠償義務人賠償之聲明書、(十四)特別補償基金收據暨行使代位權告知書、(十五)病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書。以上文件可於特別補償基金網站下載或向保險公司索取。

三、強制險保險金或補償金給付金額為何？

- (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，給付金額從 5 萬元至 200 萬元不等。若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：每人死亡給付為 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、傷害醫療費用給付項目包括那些？應提供那些資料？

給付項目	相關規定及限額	檢附之憑證
一、急救費用		
(一) 救助搜索費	合理且必須之實際支出。	急救費用收據。
(二) 救護車及隨車醫護人員費用		
二、診療費用		
(一) 受害人以全民健康保險之被保險人診療者		
1. 屬於全民健康保險法規定給付範圍之項目及依法應自行負擔之費用	即部分負擔。	1. 診斷證明書。 2. 合格醫療院所出具之醫療費用收據。如為影本，應加蓋與正本相符及醫療機構收據專用章。
2. 掛號費	有診療事實且實際支出。	
3. 診斷證明書費	以申請給付之必要者為限。	
4. 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。	
5. 膳食費	限住院期間，每日以 180 元為限。	免附收據。
6. 義肢器材及裝置費	每一上肢或下肢，以 5 萬元為限。	
7. 義齒器材及裝置費	每缺損一齒以 1 萬元為限。但缺損五齒以上者，以 5 萬元為限。	
8. 義眼器材及裝置費	每顆以 1 萬元為限。	
9. 其它經醫師認為治療上必要之醫療材料(含輔助器材費用)及非具積極性治療之裝具	以 2 萬元為限。	
(二) 受害人非以全民健康保險之被保險人診療者		
全部診療費用	1. 依全民健康保險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該標準時，依收據金額認定。 2. 若能提供全民健康保險給付項目及費用之證明文件時，比照以全民健康保險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衛生福利部中央健康保險署網站取得。
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. 以 2 萬元為限。 2. 以搭乘計程車自住家往返醫療院所所付交通費計算。 3. 搭乘自用車亦可比照申請。	提供醫療費用單據，俾憑計算。
四、看護費用		
受害人於住院期間因傷情嚴重所需之特別護理費及看護費等。但居家看護以經合格醫師證明確有必要者為限	1. 普通病房之看護費用，除聘請看護人員之外，若由親友看護時，仍得申請。 2. 每日以 1,200 元為限，但不得逾 30 日。	1. 看護人出具之收據。 2. 若由親友看護，請提供記載擔任看護親友之姓名、關係、身分證號及看護期間之書面說明代替收據。

註：以上各項傷害醫療費用給付，以其必須且合理之實際支出之相關醫療費用為限。

五、受害人符合什麼情況才可申請失能給付？應提供那些資料？

- (一) 強制險所稱失能，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險失能給付標準表規定之狀態。
- (二) 失能障害狀態之認定，除應檢具強制險失能給付標準表規定得開具失能等級層級之醫院或醫師所開立之診斷證明書外，並應視需要檢附 X 光片及病歷等相關資料，依強制險失能給付標準表之審核基準規定審核失能等級。相關資訊可上網搜尋「強制汽車責任保險失能給付標準表」。

六、如對強制險法令規定或申請強制險保險金或補償金有疑義時，可進入強制汽車責任保險網站 www.cali.org.tw 或特別補償基金網站 www.mvacf.org.tw 查詢，或於上班時間撥免費付費專線電話 0800-565-678 洽詢。

強制汽車責任保險理賠申請書

受害人											身分證統一編號											年 月 日 生				
住址											<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															
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 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 國泰世紀產物保險股份有限公司

簽章：

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、財團法人保險犯罪防制中心、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、利用或删除您的個人資料。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：	身分證統一編號：	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		

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)_____																						

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**國泰世紀產物保險股份有限公司**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

因本人 於 年 月 日在
發生交通事故，茲以強制汽車責任保險法第二十七條條款之規定，向貴公司請求失能給付。若因兩造就失能給付標準有疑義時，依強制汽車責任保險單條款第二十二條條款之規定，本人同意赴公立或教學醫院再加以檢驗查證，確認失能給付標準，以示公正。

此致

國泰世紀產物保險股份有限公司

立聲明書人：
身分證號碼：

簽章：

中 華 民 國 年 月 日

交通費用證明書

茲為證明受害人 於 年 月 日發生交通事故，自 年 月 日 至 年 月 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
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	↔			
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：	元整			

此致

產物保險股份有限公司



受 害 人：

身 分 證 號：

居 住 地 址：

中 華 民 國 年 月 日

看 護 證 明

印

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：

