

強制汽車責任保險 申請須知

保險金 / 補償金

112 年 10 月修正

如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文件申請，您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) 汽、機車或於 111 年 11 月 30 日後已投保之微型電動二輪車因發生汽車交通事故致受害人（指乘客或車外第三人）傷害或死亡，不論加害人有無過失，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. 若汽車交通事故發生時之汽、機車或微型電動二輪車有投保強制險。	向承保該汽、機車或微型電動二輪車強制險之產物保險公司申請保險金。
2. 若汽車交通事故發生時之汽、機車或微型電動二輪車(註)有下列情形之一者： (1) 事故汽車無法查究(如肇事逃逸)。 (2) 事故汽車未投保強制險。 (3) 事故汽車係未經被保險人同意使用或管理之被保險汽、機車或微型電動二輪車(如失竊車)。 (4) 事故汽車為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) 註：微型電動二輪車須曾經投保強制險，而於汽車交通事故發生時未再續保，請求權人始得申請補償金。

查詢汽、機車或微型電動二輪車有無投保強制險，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：

傷害情形	請求權人
1. 若受害人傷害或失能時	受害人本人。
2. 若受害人死亡時	受害人之遺屬，順位如下： 第一順位：父母、子女及配偶。 第二順位：祖父母（包括外祖父母）。 第三順位：孫子女。 第四順位：兄弟姊妹。

二、申請強制險保險金或補償金需要檢附那些文件？如何取得？

需要檢附文件	取得方法及補充說明
(一) 請求權人身份證明文件	請求權人提供。
(二) 委託他人代理申請時，由全體請求權人出具之授權委託書	代理人須出具身份證明文件。
(三) 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書	保險公司或特別補償基金提供，或於網站下載。
(四) 警憲機關處理證明或其他相關證明文件	請向各警察機關或交通隊申請(如當事人登記聯單、現場圖、照片、初步分析研判表等)。
(五) 合格醫師開具之診斷證明書及視需要之病歷相關資料	向就診之醫療院所申請；若於不同醫療院所就診時，各醫療院所診斷證明書皆需申請。
(六) 醫療費用收據或影本加蓋與正本相符及醫療機構收據專用章	請參閱如後列傷害醫療費用應檢附之文件或憑證。
(七) 同意查閱病歷聲明書	保險公司或特別補償基金提供，或於網站下載。
(八) 同意複檢聲明書	保險公司或特別補償基金提供，或於網站下載。
(九) 受害人死亡證明文件	由地檢署開立相驗屍體證明書或合格醫師開立死亡證明書。
(十) 請求權人於受害人死亡後所申領之全戶戶籍謄本	可向各戶政事務所申請，若請求權人不同戶時，個別戶籍謄本應一併提供。
(十一) 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。
(十二) 金融機構帳戶之存摺封面影本	請求權人提供。

申請補償金者，另有其他應檢附文件，包括(十三)補償金申請書、(十四)未獲有損害賠償義務人賠償之聲明書、(十五)特別補償基金收據暨行使代位權告知書、(十六)有利於代位求償之證據及文件。以上文件除(十六)外，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？應提供那些文件？

給付項目	相關規定及限額	檢附之文件
(一) 急救費用		
1. 救助搜索費 2. 救護車及隨車醫護人員費用	合理且必須之實際支出。	急救費用收據。
(二) 診療費用		
1. 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。	
(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。	
2. 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，並應視需要檢附醫學影像（如 X 光片等）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。

六、如欲瞭解強制險相關資訊或申請強制險保險金或補償金有疑義時，可連結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，或於上班時間撥打免付費專線電話 0800-565-678 洽詢。



財團法人汽車交通事故特別補償基金 關心您
Motor Vehicle Accident Compensation Fund



個人資料保護告知書

本基金依強制汽車責任保險法第 40 條規定辦理補償申請時，對個人資料之蒐集係履行法定義務所必要，依據個人資料保護法(以下簡稱個資法)第 8 條第 2 項第 2 款規定，對當事人免為告知義務。惟因涉及當事人隱私權益，為表慎重，本基金仍公開揭示下列事項：

一、蒐集之目的

本基金係依個資法之特定目的及個人資料之類別代號 063(非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用)為蒐集之目的。

二、個人資料之類別

姓名、身分證統一編號、性別、出生年月日、通訊方式及其他詳如補償金申請書及「申請強制汽車責任保險給付相關證明文件公告」之內容或第三人處(如警察機構)所實際蒐集之個人資料。

三、個人資料利用之期間、地區、對象及方式

期間	一、依特定目的存續期間。 二、相關法令所定或因執行業務所必須之保存期間。
地區	下方「個人資料利用之對象」欄位所列之利用對象其國內及國外所在地。
對象	本基金、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、關貿網路股份有限公司、業務委外機構、與本基金有往來業務相關之機構、依法有調查權機關或保險監理機關。
方式	符合個人資料保護法相關法令以自動化機器或其他非自動化之利用方式。

四、當事人依個資法第 3 條規定得行使之權利之方式

- (一) 除有個資法第 10 條所規定之例外情形外，得以書面向本基金查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
- (二) 依個資法第 11 條第 1 項規定，當事人得以書面向本基金提出請求補充或更正，惟依個資法施行細則第 19 條規定，當事人應適當釋明其原因及事實。
- (三) 依個資法第 11 條第 2 項至第 4 項規定，當事人得以書面向本基金提出請求刪除、停止處理或利用當事人之個人資料。惟依各該但書規定，本基金因執行業務所必須者，不在此限。

五、當事人得自由選擇是否提供個人資料及類別，惟當事人所拒絕提供之個人資料及類別，如係為辦理補償業務審核之必要資料，可能造成無法給付補償金，敬請見諒。

財團法人汽車交通事故特別補償基金

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

本人同意財團法人汽車交通事故特別補償基金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，於辦理補償及求償業務特定目的必要範圍內，得蒐集、處理或利用本人為申請補償金所提供之相關病歷、醫療及健康檢查之個人資料。另本人已知悉若不同意貴基金蒐集、處理及利用上開個人資料，貴基金可能無法受理補償業務之申請；且貴基金於與賠償義務人(和)調解或訴訟程序中，必要時得聲請法院向本人調閱以上所有個人資料或傳訊本人到場說明。

此致

財團法人汽車交通事故特別補償基金

立同意書人(請求權人): _____  (簽章)

法定代理人: _____  (簽章)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

財團法人汽車交通事故特別補償基金
補償金申請書



受 害 人	姓 名											<input type="checkbox"/> 1.本國籍 <input type="checkbox"/> 2.外國籍 <input type="checkbox"/> 3.大陸人民 <input type="checkbox"/> 4.港澳人民						
	<input type="checkbox"/> 身分證統一編號												生日	西元	年	月	日	生
	<input type="checkbox"/> 護照號碼											<input type="checkbox"/> 1.已婚 <input type="checkbox"/> 2.未婚	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女					
事故日期	年	月	日	時	分	事故地點												
受 害 人 係	<input type="checkbox"/> 1.車外人 <input type="checkbox"/> 2.駕駛人(車牌號碼:) <input type="checkbox"/> 3.乘客(車牌號碼:)																	
各事故車車牌號碼	<input type="checkbox"/> 1.() <input type="checkbox"/> 2.() <input type="checkbox"/> 3.()																	
申 請 給 付 項 目	<input type="checkbox"/> 1.死亡給付 <input type="checkbox"/> 2.失能給付 <input type="checkbox"/> 3.傷害醫療費用給付 <input type="checkbox"/> 4.殯葬費																	
自損害賠償義務人獲得賠償或有和(調)解	賠償義務人姓名				賠償或和(調)解金額				已和(調)解或民、刑事判決但加害人未履行賠償金額				和(調)解中				民、刑事訴訟中	

是否檢附下列文件：

是·否·編號

- 1. 補償金申請書
- 2. 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書
- 3. 請求權人身分證明文件
- 4. 請求權人於受害人死亡後所申領之全戶戶籍謄本及除戶戶籍謄本。
- 5. 警憲機關處理證明或其他相關證明文件
- 6. 合格醫師開具之診斷證明書
- 7. 醫療費用收據
- 8. 失能認定之相關資料

是·否·編號

- 9. 受害人死亡證明文件
- 10. 汽車交通事故特別補償基金收據暨行使代位權告知書
- 11. 未獲有損害賠償義務人賠償之聲明書
- 12. 同意查閱病歷聲明書
- 13. 同意複檢聲明書
- 14. 法院判決或和(調)解書
- 15. 有利於代位求償之證據及文件

初步審核尚有應補文件編號或其他文件如下(嗣後另有應補正之文件,將再另行通知)

- 依個人資料保護法及其他相關法令規定,本人同意以上所有個人資料貴基金可為蒐集、處理及利用,以辦理補償及求償相關業務並作必要之查證。
- 為避免重複申請理賠之情事,本人同意貴基金得將本人申請補償之診斷書、病歷、醫療費用單據等提供予貴基金、產險公會或其他保險公司建檔或核對之用。
- 本人已知悉若不同意貴基金蒐集、處理及利用以上所有個人資料,貴基金可能無法受理補償業務之申請;且貴基金於與賠償義務人(和)調解或訴訟程序中,必要時得聲請法院向本人調閱以上所有個人資料或傳訊本人到場說明
- 如為申請死亡給付案件,為確認所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性,本人同意貴基金將前開資料與財團法人金融法制暨犯罪防制中心及時查核比對系統進行比對。
- 為提昇服務品質,本人同意貴基金於必要時連繫進行滿意度調查。

請求權人(及法定代理人)(簽章):

兼立同意書人

身分證統一編號: _____ 與受害人關係: _____

戶籍地址: _____ 電話: _____

通訊地址: _____ 電話: _____

代理人(受委託人)(簽章):

身分證統一編號:

地址: _____ 電話: _____



備註:

- 補償金申請書請承辦人加蓋收件章,載明收件日期後,再影印一份交與申請人收執。
- 如本件屬肇事逃逸案件,事後知道肇事逃逸車輛已被查獲時,請與本公司承辦人連絡。

111年11月修正

單 位	
承 辦 人	
電 話	

劃底線處務必填寫
劃框處蓋章

111年11月

申請委託書 (供請求權人委託他人代辦申請補償金用)

因受害人_____

於_____年_____月_____日_____時許發生汽車交通事故致死亡

失能體傷乙案，委託人_____

(即請求權人)同意委託下開受託人(即代理人)代為辦理申請補償金事宜。

此致

財團法人汽車交通事故特別補償基金

委託人(請求權人)	
姓名 (簽章)	與受害人關係
<input type="text"/>	<input type="text"/>
姓名 (簽章)	與受害人關係
<input type="text"/>	<input type="text"/>
姓名 (簽章)	與受害人關係
<input type="text"/>	<input type="text"/>

受託人(代理人)	
姓名	<input type="text"/>
身分證號碼	簽章
<input type="text"/>	<input type="text"/>
地址	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

註：受託人請向承辦人員出示身分證明文件，以利核對身分。

中華民國_____年_____月_____日

劃底線處務必填寫
劃框處蓋章

看 護 證 明

113 年 6 月修正

受害人 _____ 因汽車交通事故受傷住院治療
及居家看護所需，由本人 _____ 擔任看護，期間自 _____
年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止共計 _____ 天，特
此證明。

關於本人於上開期間擔任受害人之看護，如有虛偽不實情事，
願承擔相關法律責任。

立證明書人(即看護人)： _____ (簽章)

身分證統一編號： _____

看護人與受害人關係： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

劃底線處務必填寫
劃框處蓋章

111 年 11 月

同意查閱病歷聲明書

茲受害人 _____

於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時許發生汽車交通事故，為向財團法人汽車交通事故特別補償基金申請補償金之需要，本人同意授權該基金所指定之人，向貴院(診所)調閱、抄錄或影印受害人之相關病歷，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： _____ 印 (簽章)

身分證號碼： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

劃底線處務必填寫
劃框處蓋章

同意複檢聲明書

111 年 11 月

茲受害人 _____

於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時許發生汽車交通事故，為
向財團法人汽車交通事故特別補償基金申請補償金之需要，
依「強制汽車責任保險給付標準」第八條及金融監督管理委
員會「申請強制汽車責任保險給付相關證明文件公告」之規
定，同意接受至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，恐口說無憑，特立此書為
證。

此致

財團法人汽車交通事故特別補償基金

立聲明書人： _____ 印 (簽章)

身分證號碼： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

劃底線處務必填寫
劃框處蓋章

111年11月

未獲有損害賠償義務人賠償之聲明書

因受害人_____

於_____年_____月_____日_____時許發生汽車交通事故，
茲為請領財團法人汽車交通事故特別補償基金依強制汽車責任保險法規定給付之補償金，特此聲明未自損害賠償義務人獲有賠償，並承諾於補償金額範圍內，不再向損害賠償義務人請求賠償，如有任何違反以上承諾之情事，願依同法第43條第2項之規定償還應扣除之補償金額，並負全部法律責任。

此致

財團法人汽車交通事故特別補償基金

印

立聲明書人：_____ (簽章)

身分證號碼：_____

中華民國_____年_____月_____日

註：強制汽車責任保險法第43條第2項規定：「請求權人自損害賠償義務人獲有賠償者，特別補償基金於補償時，應扣除之。如有應扣除而未扣除者，特別補償基金得於該應扣除之範圍內請求返還之。」

劃底線處務必填寫
劃框處蓋章

111 年 11 月

汽車交通事故特別補償基金收據

暨

行使代位權告知書

受害人 _____

於____年____月____日____時許發生交通事故，依強制汽車責任保險法規定，自_____產物保險股份有限公司領取由財團法人汽車交通事故特別補償基金所給付之補償金及付款方式如後附：

1. 匯款：檢附匯款憑證影本。
2. 支票：檢附支票影本。
3. 現金：檢附領款收據。

立據人(請求權人)：_____

印

(簽章)

身分證號碼：_____

與受害人關係：_____ (本人免填)

本補償金依法為損害賠償義務人損害賠償金額之一部分，立據人對損害賠償義務人之損害賠償權利在本基金已給付之補償金額範圍內已移轉予本基金，由本基金向損害賠償義務人逕行行使之，立據人不得為重覆請求、和解或拋棄。但立據人對損害賠償義務人之損害賠償請求權超過本補償金部分仍得為和解或拋棄，不影響本基金代位權之行使。

中華民國_____年_____月_____日