

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	