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				□本國 □外國 □男性 □女性 □已婚 □未婚
乘坐車輛牌照號碼		□駕駛人 □乘客 □車外人	受害人連絡電話	
□1.憲警立即現場處理 □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　　　　　　　　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：　　　　身分證統一編號：　　　　簽章：
	與受害人關係：□1.本人 □2.配偶 □3.子女 □4.父母 □5.祖父母 □6.孫子女 □7.兄弟姐妹 □其他________
	通訊地址 (郵遞區號) □□□□□　　　　聯絡電話：
	民國　　年　　月　　日

請求權人戶名		**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		身分證統一編號		年　月　日生	□本國 □男性 □已婚 □外國 □女性 □未婚
住址				聯絡電話	
與肇事車所有人關係	□本人.□配偶.□直系親屬.□兄弟姊妹. □負責人.□負責人家屬.□受僱者.□租用被保險車輛.□其他.(請說明)________________				

1081101

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴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，除貴公司「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，得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)為之。本人已瞭解若不同意 貴公司蒐集、處理或利用前述資料， 貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

此致

產物保險股份有限公司

立同意書人 簽名：_____

法定代理人 簽名：_____

中華民國　　年　　月　　日

同意查閱病歷聲明書

110 年 6 月版

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，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

同意複檢聲明書

110年1月版

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失能給付保險金之需要，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

兆豐產物保險股份有限公司

立聲明書人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □（簽章）

身分證號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

中　華　民　國＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

交通費用證明書

108 年 5 月版

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

兆豐產物保險股份有限公司

強制汽車責任保險理賠文件簽收單　強制險請求權時效為2年

收件日期:　　年　　月　　日
理賠申請案提出日期:　　年　　月　　日
賠案號碼:　　受益人:　　加害人:
申請項目:☐傷害醫療給付 ☐失能給付 ☐死亡給付　　第一聯:受益人收執聯

申請強制汽車責任保險保險金必備文件明細表					
	1	理賠申請書(由保險公司提供)		6	同意查閱病歷聲明書
	2	受益人身分證明		7	合格醫師開具之失能確認書
	3	警憲單位處理證明文件		8	同意複檢聲明書
	4	合格醫師診斷書		9	死亡證明書
	5	醫療費用收據_____張		10	除戶戶口名簿影本

注意事項:一、申請項目為傷害醫療給付者應檢具上述文件1至6。
申請項目為失能給付者應檢具上述文件1、2、3、4、6、7、8。
申請項目為死亡給付者應檢具上述文件1、2、3、9、10。
二、上列相關文件齊全後,本公司應於五日內確定賠償金額,並於賠償金額確定後十日內給付保險金。
三、上述理賠文件5亦可以醫療費用收據影本或副本加蓋醫院章替代之。
四、申請本保險保險金不須檢具和解書。本保險保險金視為加害人對受害人損害賠償金額之一部分,故和解書上之和解金額有否包括本保險保險金部分宜加以註明,俾保障雙方當事人之權益。

送件人:　　(簽章)　收件人:　　(簽章)
電　話:　　電　話:

107.12

兆豐產物保險股份有限公司

強制汽車責任保險理賠文件簽收單　強制險請求權時效為2年

收件日期:　　年　　月　　日
理賠申請案提出日期:　　年　　月　　日
賠案號碼:　　受益人:　　加害人:
申請項目:☐傷害醫療給付 ☐失能給付 ☐死亡給付

第二聯:保險公司收執聯

申請強制汽車責任保險保險金必備文件明細表					
	1	理賠申請書(由保險公司提供)		6	同意查閱病歷聲明書
	2	受益人身分證明		7	合格醫師開具之失能確認書
	3	警憲單位處理證明文件		8	同意複檢聲明書
	4	合格醫師診斷書		9	死亡證明書
	5	醫療費用收據_____張		10	除戶戶口名簿影本

注意事項:一、申請項目為傷害醫療給付者應檢具上述文件1至6。
申請項目為失能給付者應檢具上述文件1、2、3、4、6、7、8。
申請項目為死亡給付者應檢具上述文件1、2、3、9、10。
二、上列相關文件齊全後,本公司應於五日內確定賠償金額,並於賠償金額確定後十日內給付保險金。
三、上述理賠文件5亦可以醫療費用收據影本或副本加蓋醫院章替代之。
四、申請本保險保險金不須檢具和解書。本保險保險金視為加害人對受害人損害賠償金額之一部分,故和解書上之和解金額有否包括本保險保險金部分宜加以註明,俾保障雙方當事人之權益。

送件人:　　(簽章)　收件人:　　(簽章)
電　話:　　電　話:

107.12

看　護　證　明

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：