

# 第一產物保險股份有限公司

## 汽車保險理賠申請書

註：紅線框格由本公司經辦人填寫。

強制	保險證號碼	第	號	賠案號碼	第	號		
任意	保險單號碼	第	號	賠案號碼	第	號		
被保險人		住址		電話	住宅	手機		
駕駛人		住址		電話	住宅	手機		
駕照號碼		與被保險人關係		出生年月日 (民國)		<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚		
廠牌車型		引擎號碼		牌照號碼		出險原因		
出險日期		年 月 日 時 分		出險地點：				
請詳述出險原因及經過：					出險現場簡圖：			
修理廠名稱：		對方車 1：		牌照：		電話：		
本車：		對方車 2：		牌照：		電話：		
憲警處理單位：		憲警姓名：		電話：				
體傷 受害人姓名	本車	對造	其他	身分證字號	出生年月日	住址或電話	受傷情形	預估損失金額

※茲特聲明本人所填上述資料均為真實情形，如有虛報或偽報自願放棄保險單之一切權利。

填報日期： 年 月 日 時 被保險人簽章：

保險期間 強制： 年 月 日至 年 月 日 任意： 年 月 日至 年 月 日

任意險	竊盜	<input type="checkbox"/> 甲 <input type="checkbox"/> 乙 <input type="checkbox"/> 丙	自負額	體傷	死亡	財損	酗酒	保費	其他
承保金額			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 3.5.7				<input type="checkbox"/> 強制 <input type="checkbox"/> 任意	<input type="checkbox"/> 未收 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票	
預估損失			<input type="checkbox"/> 一萬 <input type="checkbox"/> 二萬					年 月 日	