



富邦產物保險股份有限公司

車險理賠申請書

賠案號碼	強制	
	任意	

※基本資料※

保單號碼	保險證號	保險期間	年 月 日至 年 月 日
被保險人	車牌號碼	引擎號碼	
電話	公：()- 宅：()-	行動電話：	
E-mail			
地址	縣(市) 市鄉鎮區 村里 路(街) 段 巷 弄 號 樓		
駕駛人	駕照號碼	發照日期	民國 年 (駕駛人) 出生日期： 年 月 日
以下各連絡資料是否同於被保險人 <input type="checkbox"/> 是，則免填； <input type="checkbox"/> 否，則請填寫：			性 別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
電話	公：()- 宅：()-		婚 姻： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚
E-mail	行動電話：		國 籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國
通訊處	縣 市 市鄉鎮區 路 段 巷 弄 號 樓		職 業： _____ 與被保險人關係： _____

※被保險汽(機)車事故情形概述※

事故時間	年 月 日 時 分	事故地點	1. 縣(市) 鄉鎮區 路(街) _____ 2. 國 道： _____ 號 <input type="checkbox"/> 東向 <input type="checkbox"/> 西向 <input type="checkbox"/> 南下 <input type="checkbox"/> 北上 _____ 公里
警方資料	<input type="checkbox"/> 現場處理 <input type="checkbox"/> 備 案	交通隊 分局 _____ 派出所	警員姓名： _____ 電話： _____
出險情形：(可複選)	<input type="checkbox"/> 不明受損 <input type="checkbox"/> 自行撞損 <input type="checkbox"/> 與他車碰撞 <input type="checkbox"/> 人員傷亡 <input type="checkbox"/> 零件被竊 <input type="checkbox"/> 其他 _____		出險現場略圖
對方車輛：車 號	駕駛人姓名	聯絡電話	
人員傷亡：受害人姓名	聯絡電話	乘坐車號	
其他說明：(上述未盡事項，請說明於下)			
茲特聲明本申請書所填各項均為真實情形，否則自願放棄保險單之一切權利。			
被保險人	申請人	簽 章	年 月 日
本人瞭解且 <input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意 委任貴公司就本事故，依法應對第三人之財物損失負賠償責任時，得於保險金額範圍內，全權處理賠償第三人財物損失之和解事宜，惟涉及人員傷亡時，則不在本授權範圍。			
被保險人	申請人	簽 章	年 月 日

※以下由本公司經辦人填寫※

接案日期	年 月 日	受理類型	<input type="checkbox"/> 客戶親辦 <input type="checkbox"/> 7-11 <input type="checkbox"/> 現場處理 <input type="checkbox"/> 修理廠 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> 其他	駕駛人區別	
核對項目	<input type="checkbox"/> 行車執照 <input type="checkbox"/> 駕駛執照	自負額	收費註記	<input type="checkbox"/> 已收足 <input type="checkbox"/> 未收足 <input type="checkbox"/> 票據未到期，到期日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
備 註				理賠 確認	