



汽車險理賠申請書

| | | | |
|----------|------|-------|------|
| 強制險保險證號碼 | 保險期間 | 年 月 日 | 賠案號碼 |
| 任意險保險單號碼 | 保險期間 | 年 月 日 | 賠案號碼 |

| | | | | |
|------|--|------|------------|---------|
| 被保險人 | 徐阿龍 | 廠牌型式 | 牌照號碼 | QWE-321 |
| 電話 | | 行動電話 | 0900123456 | E-mail |
| 地址 | 台北 縣 中市 鄉鎮區 許昌 路 (街) 段 巷 弄 17 號 18 樓 室 | | | |

| | |
|---------|--|
| 駕駛人 | <input checked="" type="checkbox"/> 同被保險人 ○○○○ <input type="checkbox"/> 若非被保險人，請填寫駕駛人姓名。 |
| 與被保險人關係 | 自然人車： <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明) 法人車： <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 負責人家屬 <input type="checkbox"/> 受僱者 <input type="checkbox"/> 租用被保險車輛 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明) |

| | | | | | | | | | |
|------|---------------------|------|--------------|--------|--|----|--|----|--|
| 駕照號碼 | A 1 2 3 4 5 6 7 9 9 | 出生日期 | 55 年 1 月 1 日 | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 婚姻 | <input checked="" type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 | 國籍 | <input checked="" type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 |
| 電話 | | 行動電話 | 0900123456 | E-mail | | | | | |

| | | | |
|------|-------------------------|------|--|
| 事故日期 | 109 年 1 月 1 日 15 時 30 分 | 事故地點 | 1. 台北 縣 (市) 中市 鄉鎮區 許昌 路 (街) 2. 國道： 號 <input type="checkbox"/> 南下 <input type="checkbox"/> 北上 <input type="checkbox"/> 東向 <input type="checkbox"/> 西向 公里 |
|------|-------------------------|------|--|

| | | | | | |
|------|---|------|------|------|-----|
| 事故處理 | <input checked="" type="checkbox"/> 現場處理 <input type="checkbox"/> 備案 <input type="checkbox"/> 無警處理 <input type="checkbox"/> 0800 現場處理 | 處理單位 | 中正分局 | 處理員警 | 陳小明 |
|------|---|------|------|------|-----|

事故發生經過：(請簡述) 請填寫駕駛人相關資訊。

在上述地點撞到前面機車，致機車駕駛受傷送醫。

| | | |
|------|------|------------|
| 對方資料 | 牌照號碼 | EWZ-1111 |
| | 駕駛姓名 | 許小美 |
| | 聯絡電話 | 0922222222 |
| | 傷者姓名 | 許小美 |

茲特聲明本申請書所填寫各項均為真實情形，倘若不實自負民刑事責任及放棄保險單之一切權利，此外本人同意 貴公司於理賠目的及法令許可範圍內蒐集及利用本人之個人資料，並將前開資料轉送中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險犯罪防治中心、檢警單位及監理單位等建立電腦連線資料，亦得將之提供於 貴公司委任處理營業相關事務之人，及因應追償之需求，得將之提供給相關單位。

註：上開告知事項及期間、對象、地區、方式內容已公告於本公司官網 (<https://www.ctbcins.com>) 首頁；宣導專區下之[產險業履行個人資料保護法告知義務內容]、[客戶資料保密承諾]、[隱私權聲明]，如有任何問題，請洽本公司免付費客服電話：0800-075-777。

簽名或蓋章擇一 → 駕駛人簽章： 徐阿龍 蓋章 (車主) 被保險人簽章： 徐阿龍 蓋章 年 月 日

※被保險人請填寫上方「紅色粗框線內」之欄

本人瞭解且 同意 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責賠償時，得於保險金額範圍內，全權處理第三人財物損失之和解事宜，惟涉及人員傷亡時，則不在本授權範圍內。

(車主或駕駛人) 申請人簽章： 徐阿龍 蓋章 (車主) 被保險人簽章： 徐阿龍 蓋章 年 月 日

下欄由本公司經辦人填寫

| 保險種類 | 保險金額 / 自負額 | | | | 預估險種 | 預估金額 |
|---|------------|-------|--|-----------|------|------|
| 車體損失險 | 第 責 強 制 險 | | | 零 配 件 險 | | |
| 竊盜損失險 | 三 任 任 意 險 | | | 其 他 附 加 險 | | |
| <input type="checkbox"/> 未繳 <input type="checkbox"/> 收現金 <input type="checkbox"/> 收支票 | 年 月 日 | 經手人姓名 | | 經手人電話 | | |
| 接案日期 | 年 月 日 | 受理類型 | <input type="checkbox"/> 客戶親辦 <input type="checkbox"/> 台灣人壽 <input type="checkbox"/> 現場處理 <input type="checkbox"/> 修理廠 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> 業務 <input type="checkbox"/> 其他 | | | |