

強制汽車責任保險請求給付申請書
富邦產物保險股份有限公司

請求權人	姓名			<input type="checkbox"/> 1.本國籍 <input type="checkbox"/> 2.外國籍	身分證號			<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女	
	生日	民國	年	月	日	<input type="checkbox"/> 1.已婚 <input type="checkbox"/> 2.未婚	Line ID:	其他通訊 ID:	
	住址							E-mail:	
	電話			騎乘車牌照號碼			<input type="checkbox"/> 駕駛人 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/> 車外人		
事故日期	民國	年	月	日	事故地點				
憲警處理	憲警單位名稱				電話	/			
	處理警員姓名				<input type="checkbox"/> 1. 憲警立即現場處理 <input type="checkbox"/> 2.事後憲警單位報備				

請敘述事故經過

加害人1.有 2.無 與受害人達成和解，和解金額 元 附和解毒影本

請求權人姓名 等 人 身分證號

請求權人與受害人關係：
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_____

申請人聲明 以上所述皆與事實相符，本人若已自加害人取得賠償而未說明，願依民法第 179 條不當得利之規定，返還所受領之保險金。

申請人	姓名：	簽章	與請求權人關係：
	身分證號		
	通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Line ID	其他通訊 ID	e-mail
	電話(O)	(H)	手機： 民國 年 月 日

登錄/身份證號: 送件人員(見證人)簽章: 行動電話:

下列資料如有缺漏，得由本公司經辦人填寫 同肇事車所有人

肇事車所有人	姓名			<input type="checkbox"/> 1.本國籍 <input type="checkbox"/> 2.外國籍	加害駕駛人	姓名			<input type="checkbox"/> 1.本國籍 <input type="checkbox"/> 2.外國籍		
	身分證號					身分證號					
	出生日期	民國	年	月		日	出生日期	民國	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女		<input type="checkbox"/> 1.已婚 <input type="checkbox"/> 2.未婚			<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女		<input type="checkbox"/> 1.已婚 <input type="checkbox"/> 2.未婚			
	住址					住址					
	電話					電話					
肇事車牌照號碼			投保公司			保單號碼					

說明：本保險給付項目及每人最高限額一.傷害醫療 20 萬元；二.殘廢 200 萬元；三.死亡 200 萬元。
 每人體傷及死亡最高給付 220 萬元。(101 年 3 月 1 日後所發生之事故適用)

以下欄位由本公司經辦人填寫

受理編號			加害人與汽車所有人關係		
預估金額	90	91	92		