

TO：黃怡仁 先生
手機：0952535233
FAX：02-25078924



保險事故通知書

保單號碼		被保險人	
聯絡人		聯絡電話	
事故日期	年月日時分	事故地點	
賠案號碼		保險公司 聯絡方式	

請詳細述明事故經過：

請先回傳本公司備案，正本請用印後擲

回。

人身傷害	姓名	年齡	性別	住址、電話	傷害情形
財物損失	名稱	所有權人		大約價值	損失情形
見證人姓名				住址、電話	
是否向警局備案		警局名稱			警員姓名

- 1.本人(本公司)保證以上所填各項均為真實情形，否則自願放棄保險單之一切權利。
- 2.本人(本公司)同意貴公司基於理賠目的，在個人資料保護法許可範圍內蒐集、處理及利用本人(本公司)所提供之個人資料，並將前開資料轉送中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防治中心、檢警單位、委外追償機購、委任之公證公司、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。

被保險人簽章： _____ 地址： _____

電話： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日