

第一產物保險股份有限公司

出 險 通 知 書

保險單號碼	字第	賠案號碼	_____ / _____
保險期間	自民國____年__月__日至民國____年__月__止		
被保險人		電話	_____
		手機	_____
通訊地址	_____		
意外發生時間	____年____月____日____時	地點	_____
處理警察單位	警察分局	派出所	交通隊
受害人姓名	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ____歲	(車牌號碼)	_____
受害人住址	_____		
損失估計	<input type="checkbox"/> 財物 <input type="checkbox"/> 受傷 <input type="checkbox"/> 死、殘 共約新台幣： 約 _____ 元		
意外發生經過(時、地、事、人、物—緊急處置情形)：			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>			
*填表日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保險人：			簽章
<p style="color: red; font-size: small;">若有資料造假、誇大保險事故理賠金額、預謀或故意製造或捏造保險事故、陳述或提供不實資訊等相當於保險詐欺之情事發生，將可能會危害到保單持有人之權益。</p>			