

**第一產物保險股份有限公司**  
**強制汽車責任保險直接請求給付申請書**

保車車號：

受害人車號：

受害人	姓名		身份證號		生日	年	月	日
	住址				電話			
請求權人	姓名		身份證號		生日	年	月	日
	住址				電話			
請求權人與受害人關係：								
<input type="checkbox"/> 1. 本人 <input type="checkbox"/> 2. 配偶 <input type="checkbox"/> 3. 子女 <input type="checkbox"/> 4. 父母 <input type="checkbox"/> 5. 祖父母 <input type="checkbox"/> 6. 孫子女 <input type="checkbox"/> 7. 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 8. 其他								
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 憲警單位現場處理。 <input type="checkbox"/> 事後憲警單位報備。								
憲警單位名稱					處理憲警姓名		電話	
事故日期： 年 月 日 時 分				事故地點：				
請詳述事故經過：								
請求權人或受害人與加害人 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無達成和解或取得賠償。賠償金額 <input type="checkbox"/> 附和解書影本								
<p><b>茲特聲明：</b></p> <p>一、以上所述皆與事實相符，請求權人或受害人並未自加害人處取得任何賠償，如有隱瞞而未告知，願依民法第 179 條不當得利之規定，返還所受領之保險金。</p> <p>二、本人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、國際傳遞及利用個人資料，並將前開資料傳輸、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、關貿網路(股)公司、財團法人保險犯罪防治中心、財團法人汽車交通事故特別補償基金、檢警單位、交通監理機關、委外代位請求機構、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。</p>								
請求權人簽章：						年 月 日		

受害人資料	<input type="checkbox"/> 駕駛 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/> 車外人 <input type="checkbox"/> 保車乘客			保險證號				
	身份：	車種：	承載：	肇責	本車：	對造：	其他：	
保車駕駛人	姓名		身份證號		生日	年	月	日
	住址				電話			
賠案號碼				保單號碼				保險期間
								年 月 日
預估賠款		A0	B0		C0			