

1. 意外日期 时间

2. 地点 位置: 国家:

3. 所受的伤, 即使是轻微的 没有 有

4. 物资损失 发生在不是A和B的其它车辆上 车辆以外的其它物资损失

5. 见证人: 姓名、地址与电话

6. 投保人 / 保户 (参照保险单) 姓: 名: 地址: 邮编: 国家: 电话或电邮信箱: 税号:

12. 出事情况 请分别在适用于各车的每一细项方格内打一个交叉(X) 以便帮助理解出事现场草图 \*把不相干的划掉

6. 投保人 / 保户 (参照保险单) 姓: 名: 地址: 邮编: 国家: 电话或电邮信箱: 税号:

7. 车辆 机动车 牌子, 型号 车牌号码 发牌国家 拖车 车牌号码 发牌国家

7. 车辆 机动车 牌子, 型号 车牌号码 发牌国家 机动车 车牌号码 发牌国家

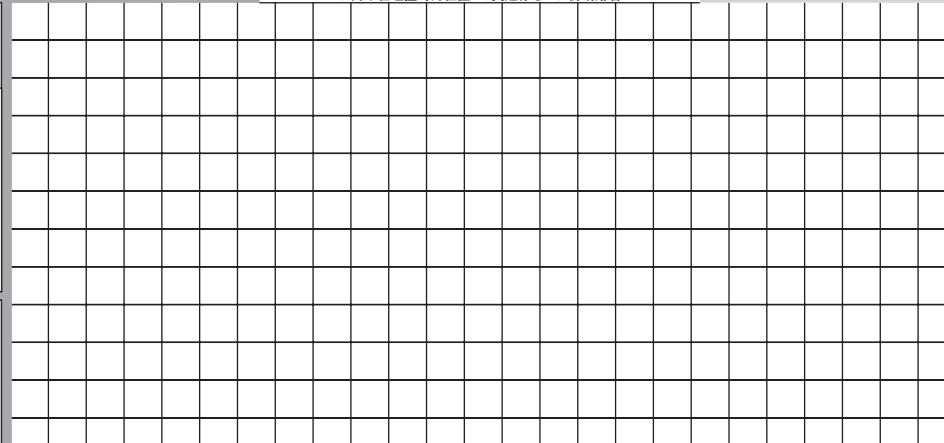
8. 保险公司 (参照保险单) 名字: 保险单号码: 凭证号码: 保险单或凭证由: 有效至: 保险代理商 (或代理人又或经纪人): 名字: 地址: 邮编: 国家: 电话或电邮信箱: 车所蒙受的损失可在保险方案覆盖范围之内?

8. 保险公司 (参照保险单) 名字: 保险单号码: 凭证号码: 保险单或凭证由: 有效至: 保险代理商 (或代理人又或经纪人): 名字: 地址: 邮编: 国家: 电话或电邮信箱: 车所蒙受的损失可在保险方案覆盖范围之内?

9. 驾驶者 (参照驾驶执照) 姓: 名: 出生日期: 地址: 邮编: 国家: 电话或电邮信箱: 驾驶执照号码: 执照类别 (A、B或...): 有效至:

9. 驾驶者 (参照驾驶执照) 姓: 名: 出生日期: 地址: 邮编: 国家: 电话或电邮信箱: 驾驶执照号码: 执照类别 (A、B或...): 有效至:

10. 用箭咀 指出第一碰撞点



10. 用箭咀 指出第一碰撞点

11. 车辆A所蒙受的可见损伤

11. 车辆B所蒙受的可见损伤

14. 本人的备注

15. 驾驶者的签名

14. 本人的备注

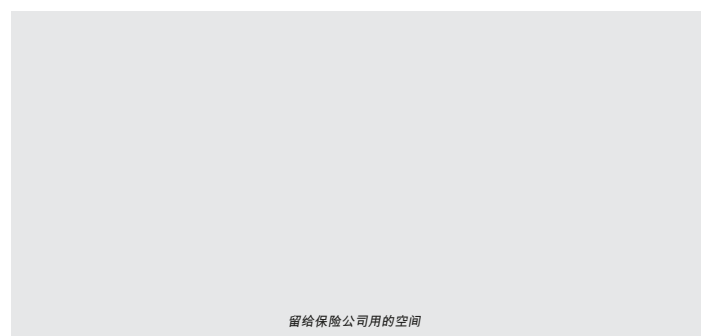
A ..... B

# 意外报案表格

在填好汽车意外报案表格上的所有适用项之后，请再填写以下项目。(1)

1- 报案人  
受保人 / 保户  受祸及的第三者   
姓名 \_\_\_\_\_  
职业 \_\_\_\_\_ 手机 \_\_\_\_\_

2- 驾驶者 (假如不是同一人的话)  
姓名 \_\_\_\_\_  
职业 \_\_\_\_\_ 手机 \_\_\_\_\_  
年龄 \_\_\_\_\_ 是车的惯常驾驶者吗? \_\_\_\_\_  
可有汽车服务商民事责任保险? \_\_\_\_\_ 有的话: 保险人 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 保险单号码 \_\_\_\_\_



3- 注册车主 (假如不是同一人的话)  
姓名 \_\_\_\_\_  
手机 \_\_\_\_\_  
地址 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 邮码 \_\_\_\_\_

4- 有关意外的详细描述  
请注明当时的行车速度: \_\_\_\_\_ 公里 / 每小时

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5- 有关当局有作笔录吗? \_\_\_\_\_ 警岗 / 警队 / 警署  
有任何当事人要接受酒精检测吗? \_\_\_\_\_ 哪一位? \_\_\_\_\_  
检测结果 \_\_\_\_\_

受保方	两轮车 <input type="checkbox"/>	6- 有关车辆的资料	第三者	两轮车 <input type="checkbox"/>
小型汽车 <input type="checkbox"/> 重型汽车 <input type="checkbox"/> 私家车 <input type="checkbox"/> 租用车 <input type="checkbox"/>	◀	特征 ▶	小型汽车 <input type="checkbox"/> 重型汽车 <input type="checkbox"/> 私家车 <input type="checkbox"/> 租用车 <input type="checkbox"/>	
_____	◀	颜色 ▶	_____	
_____	◀	注册车主 ▶	_____	
_____	◀	之前可有任何受损之处? 在何处? ▶	_____	
_____	◀	车可行走吗? ▶	_____	
_____	◀	有拉着拖车吗? ▶	_____	
_____	◀	修车房 ▶	_____	
_____	◀	地址与电话 ▶	_____	
_____			_____	

7- 除了在第6项里被识别的车辆受损之外还有其它物资损失吗?  
物主的姓名与地址 \_\_\_\_\_  
所受损失的性质 \_\_\_\_\_

8- 伤者			
姓名	_____	_____	_____
地址	_____	_____	_____
职业与年龄	_____	_____	_____
所受的伤	_____	_____	_____
接受急救的地方	_____	_____	_____
留医的医院	_____	_____	_____
请注明伤者是	行人 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/>	行人 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/>	

9- 车辆的驾驶者, 以及受损物资的所有人或事件中的伤者是受保人或受保车辆驾驶者的  
请注明 亲人  工作伙友  雇员  代理人

10- 可有打算申索利润损失补偿? 有  没有

11- 报案地点与日期:  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日于 \_\_\_\_\_

12- 报案人的签名  
\_\_\_\_\_

(1) 如有需要可附加纸张, 但必须签署得当。