

中華民國遊覽車客運商業同業公會全國聯合會福利互助委員會

互助車輛肇事報告表

公司名稱		駕駛姓名	
公司代碼		駕照號碼	
牌照號碼		出生日期	
引擎號碼		地 址	
肇事時間	年 月 日 時 分	肇事地點	
肇事原因及經過 (請詳述)			
乘客傷亡及財損情形 (請詳填對方資料)			
第三者傷亡及財損情形 (請詳填對方資料)	對方車號： 車主姓名： 駕駛姓名： 住 址： 電 話：		
處理單位		姓 名	電 話
公 司： (簽章) 負 責 人： (簽章) 地 址： 聯 絡 人： 聯絡電話：			
※請依格式詳填並註明投保之保險公司(☐ 富邦. ☐ 華南. ☐ 第一. ☐ 旺旺友聯. ☐ 新光. ☐ 國泰. ☐ 新安東京海上. ☐ 其他_____ , 請勾選) 蓋公司大小印章後, 連同行照、駕照影印及交通事故登記聯單, 傳真至本會(02-2370-4153)。			
中 華 民 國 年 月 日			