

上下班 勞工保險被保險人 公 出 途 中 發 生 事 故 而 致 傷 害 陳 述 書

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|-----------------------|
| | | 受理號碼 | |
| (一)被保險人姓名 | | (二)發生事故當日被保險人應工作起迄時間 | 自 時 分起 至 時 分止 |
| (三)被保險人所用交通工具 | <input type="checkbox"/> 大型重型機車 <input type="checkbox"/> 普通重型機車 <input type="checkbox"/> 輕型機車 <input type="checkbox"/> 自小客車 <input type="checkbox"/> 腳踏車 <input type="checkbox"/> 其他 () (勾其他者，請填明交通工具別) | | |
| (四)被保險人上、下班或公出單趟路程所需交通時間 | 需 小時 分鐘 | (五)發生保險事故時間 | 年 月 日 時 分 |
| (六)發生保險事故時，有無右列情事，請確實於各 <input type="checkbox"/> 內勾劃陳述，切勿空白 (領有駕駛車種之執照駕車者，請附駕駛人駕照正、背面影本) | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 領有駕駛車種之執照駕車 | 駕駛人駕照正、背面影本浮貼處 |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 受吊扣期間或吊銷駕駛執照處分駕車 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 經有燈光號誌管制之交岔路口違規闖紅燈 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 闖越鐵路平交道 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 酒精濃度超過規定標準駕車 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 吸食毒品、迷幻藥或管制藥品駕駛車輛 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 違規行駛高速公路路肩 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 不按遵行之方向行駛 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 在道路上競駛、競技、蛇行或以其他危險方式駕駛車輛 | |
| | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 不依規定駛入來車道 | |
| (七)是否日常上、下班或公出時間應經途中發生事故 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 日常上下班 公 出 時間應經途中發生事故 | |
| (八)有無因處理私事而中斷或脫離應經之途徑 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 處理私事原因經過詳情，請說明： (如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章) | |
| (九)有無經警察等有關機關處理 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 請填明機關全銜(如有相關證明請一併檢附)： | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 見證人 | 姓名： | 關係： 地址： 電話： |
| (十)屬上、下班途中發生事故者，請於本陳述書背面繪明包括日常居住處所、就業場所、上下班應經途徑、事故地點之簡圖。 | | | |
| 以上各項均由本人依照事實填具，如有不實，願歸還溢領之勞保給付，並負行政罰、民事及刑事責任，特此具結。 | | | |
| 此致 勞動部勞工保險局 | | | |
| 中華民國 年 月 日 | | 被保險人(或受益人)簽章： _____ (本人正楷親簽) | |
| 投保單位印章： _____ | | 負責人印章： _____ 經辦人印章： _____ | |

※勞工保險條例第 70 條規定：「以詐欺或其他不正當行為領取保險給付或為虛偽之證明、報告、陳述及申報診療費用者，除按其領取之保險給付或診療費用處以 2 倍罰鍰外，並應依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。特約醫療院、所因此領取之診療費用，得在其已報應領費用內扣除。」

簡圖（發生事故當日之上、下班路徑，請務必繪明包括**1.日常居住處所**、**2.就業場所**、**3.上下班應經途徑**、**4.事故地點**。）

1.日常居住處所地址：_____

2.就業場所地址：_____

3.事故地點（若不清楚，可只寫大概位置）：_____

（如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章）