



THE PACIFIC GROUP

太平洋保險有限公司 THE PACIFIC INSURANCE CO., LTD.

(INCORPORATED IN HONG KONG IN 1960)

敬啟者：

台端如因發生任何意外而須向本公司報告時，請於意外發生之七天內填妥『汽車遇事報告書』交回本公司賠償部，並在該報告書內詳列有關意外中第三者之資料。為加速有關之工作程序起見，務請同時遞交下列各項文件之副本：

- 1) 遇事車輛之登記文件(前後頁)
- 2) 遇事司機身份証(可親身出示身份証或提供副本以供查核)
- 3) 遇事司機駕駛執照
- 4) 遇事司機於警署提供之口供(如適用)
- 5) 警署發出之『擬予控告通知書』或『只造成汽車損毀之交通意外報告』(如適用)

日後 台端或台端之遇事司機收到任何有關該意外之文件時，請勿自行回覆，及應盡速送交本公司賠償部辦理。

台端若購有綜合保險，及於本公司賠償 台端汽車之損毀後，擬再向第三者追討賠償時，請先與本公司賠償部商討，避免逕自行動而招致影響本公司之權益。否則，台端必須負責償還本公司有關之損失。

最後，台端所遞交之『汽車遇事報告書』將被視為一宗賠償申請。因此，台端於續保時將不會享有原本之『無賠償折扣』。但若該宗意外並沒有牽涉第三者傷亡，而台端亦能出示足夠文件證明該意外乃完全由第三者司機之疏忽所引致，即使台端曾獲本公司賠償，亦可來信本公司賠償部申請恢復台端原有之『無賠償折扣』。批准與否，本公司自當斟酌個別情況作出決定。

台端如有任何有關索償之疑問時，請致電 2876 0202 賠償部查詢。

此致

貴保戶

太平洋保險有限公司

火險及意外險部經理

凌之平謹啟



THE PACIFIC GROUP

太平洋保險有限公司

THE PACIFIC INSURANCE CO., LTD.

(INCORPORATED IN HONG KONG IN 1960)

賠償部：香港灣仔皇后大道東43-59號東美中心10字樓 Tel : 28760202 Fax : 28760222
Claims Department : 10/F, Dominion Centre, 43-59 Queen's Road East, Wanchai, H.K.

Official Use:

Claim No.

NOTICE OF ACCIDENT UNDER MOTOR POLICY

汽車遇事報告書

Pre Estimate

OD	
PD	
BI	
SBI	
FC	
CM	
RC	

請填妥此報告書
並交回正本予賠償部
Please Complete and
Return the Original to
Claims Department

IN THE EVENT OF ANY OCCURRENCE WHICH MAY LEAD TO A CLAIM PLEASE COMPLETE AND RETURN THIS FORM IMMEDIATELY TO THE COMPANY.

Particulars of The Insured

受保人資料

Name 名稱	Occupation 職業
Address 地址	Telephone No. 電話號碼

The Insured Vehicle Involved in the Accident

承保車輛資料

Registered Number 車牌號碼	Policy No. 保單號碼	Make & Model 車廠名及型號
Purpose of use at the time of accident: 發生意外時該車之用途為：		
<input type="checkbox"/> Private 自用 <input type="checkbox"/> Business 營業 <input type="checkbox"/> Test 試車 <input type="checkbox"/> Hire 租賃 <input type="checkbox"/> Others 其他		
Was the vehicle detained for inspection by the police after the accident? 意外後承保車輛有否被拖往政府驗車中心作檢驗？		Yes No <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否
If the vehicle is insured on comprehensive coverage, do you intend to claim against our company? 如是綜合保險單，你是否打算要求本公司賠償承保車輛之修理損失？		Yes No <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
If 'Yes', where is the location of the vehicle? 如是，該車現在停泊在何處？	Garage/Person and Telephone No. contacted 車房 / 聯絡人姓名及電話號碼	

The Person Driving at the Time of the Accident

肇事時之駕駛人

Name 姓名	Age of the Driver 駕駛人之年齡	Occupation 職業
Address 地址	Telephone No. 電話號碼	
In possession of a valid Driving Licence? 是否持有有效之駕駛執照？	Yes No <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	When was the licence first issued? 首張駕駛執照是何時發出？
Driving Licence No. of the Driver 駕駛人之駕駛執照號碼	Driving with your full knowledge and consent? 駕駛人是否得車主同意駕駛該車？	
Relation between the Driver and the Insured: 駕駛人與保單持有人之關係：	<input type="checkbox"/> Hired 租賃者 <input type="checkbox"/> Chauffeur 受僱司機 <input type="checkbox"/> Employee 僱員 <input type="checkbox"/> Relative 親屬 <input type="checkbox"/> Friend 朋友 <input type="checkbox"/> Others 其他	
Any alcohol or drugs before the accident? 於意外前曾否服用酒精或藥物？	Yes No <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	Any Police Action being taken against the Driver? 警方曾否指責該駕駛人？
If a person other than the Insured was driving, does the Driver also own a private car? 駕駛人並非保單持有人，駕駛人是否也私人擁有另一輛私家車？		Yes No <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否
If 'Yes', please state: 若有，請列明：		
Vehicle No. 車牌號碼	Insurance Co. 保險公司名稱	Policy No. 保單號碼

Particulars of Injured or Deceased

傷者或死者資料

Any casualties involved in the accident and state the number of injured(s) & deceased(s), if any: 請列明此意外是否牽涉死傷者及所牽涉之人數:	Yes (a) Injured(s)	(b) Deceased(s)	No
	<input type="checkbox"/> 是 受傷者	人 傷重死亡	人 <input type="checkbox"/> 否

IF MORE THAN 3 PERSONS WERE INVOLVED, PLEASE PROVIDE THE BELOW INFORMATION IN SEPARATE SHEET.
若死傷者多於三人，請另加附頁說明。

Names, Sex, Age, Occupation and Addresses 請列明死傷者姓名、性別、大約年齡、職業及地址	Extent of injury the injured sustained (e.g. bruised, scraped, fracture, laceration, sprain, bleeding etc.) as well as part of body injured (e.g. head, neck, hand etc.) 請略述傷者之傷勢 (如：瘀傷、擦傷、骨折、割傷、扭傷、流血等)及受傷之部份 (如：頭、頸、手等。)	Conscious? 是否清醒?	Carried by the stretcher to the ambulance? 是否須用擔架抬上救護車?	Hospitalized? 是否留院?
(1)	Slight Please describe: <input type="checkbox"/> 輕傷 請略述: Serious <input type="checkbox"/> 重傷 Death <input type="checkbox"/> 死亡	Yes <input type="checkbox"/> 是 No <input type="checkbox"/> 否 Unknown <input type="checkbox"/> 不詳	Yes <input type="checkbox"/> 是 No <input type="checkbox"/> 否 Unknown <input type="checkbox"/> 不詳	Yes <input type="checkbox"/> 是 No <input type="checkbox"/> 否 Unknown <input type="checkbox"/> 不詳
(2)	Slight Please describe: <input type="checkbox"/> 輕傷 請略述: Serious <input type="checkbox"/> 重傷 Death <input type="checkbox"/> 死亡	Yes <input type="checkbox"/> 是 No <input type="checkbox"/> 否 Unknown <input type="checkbox"/> 不詳	Yes <input type="checkbox"/> 是 No <input type="checkbox"/> 否 Unknown <input type="checkbox"/> 不詳	Yes <input type="checkbox"/> 是 No <input type="checkbox"/> 否 Unknown <input type="checkbox"/> 不詳
(3)	Slight Please describe: <input type="checkbox"/> 輕傷 請略述: Serious <input type="checkbox"/> 重傷 Death <input type="checkbox"/> 死亡	Yes <input type="checkbox"/> 是 No <input type="checkbox"/> 否 Unknown <input type="checkbox"/> 不詳	Yes <input type="checkbox"/> 是 No <input type="checkbox"/> 否 Unknown <input type="checkbox"/> 不詳	Yes <input type="checkbox"/> 是 No <input type="checkbox"/> 否 Unknown <input type="checkbox"/> 不詳

Damage to Property of Third Parties

第三者損壞之產物

If available, please state Name, Address and Phone number of the Third Parties, and also describe details of the damage.
如有，請列明第三者之姓名地址電話及損毀詳情。

Government Property (e.g. lamp post, traffic sign, railing)
政府財物 (如：燈柱、交通標誌、欄杆)

Third Party vehicle(s) (type and registration mark)
第三者損毀車輛 (車輛類型及車牌號碼)

Others
其他

I/We hereby declare the foregoing particulars to be true in every respect and that I/we have no other policy of insurance indemnifying me/us in respect of this accident and I/we undertake to give the Company all assistance in my/our power in dealing with the matter. I/We also have read and fully understood the contents printed overleaf and hereby give my/our consent thereto.

吾/吾等謹此聲明以上所列乃屬真實、無重複保險，並願協助辦理一切有關事宜。此外，吾/吾等亦已閱讀及完全明白並同意背頁所列印之內容。

Signature of Insured
車主簽名

(請依照車輛登記文件之式樣)

Date
日期

Signature of Driver
司機簽名

(請依照口供紙之式樣)

The Officer-In-Charge,
Accident Investigation Section,
Traffic

Dear Sir,

Re: Traffic Accident on
Involving Vehicle No. _____

At the time of above accident, I / We _____
was the owner / driver of vehicle No. _____.

The Insurers of this vehicle are anxious to obtain a copy of the statement which I made to you following the accident and as I have no objection to this, would you please supply The Pacific Insurance Co., Ltd. 10th floor, Dominion Centre, 43-59 Queen's Road East, Wanchai, Hong Kong. with a copy of my statements / sketches / brief facts / MVE report at the scene of the above accident.

Yours faithfully,

逕啓者：

在此次交通意外發生時本人 _____ 為編號 _____
汽車之車主 / 駕駛者，現該車承保之保險公司切望獲得本人曾在該事件發生後在 貴處
所提供有關本人之口供 / 失事地點之略圖副本 / 案情撮要 / 驗車報告各一份以便該公
司辦理賠償，本人對其要求全無反對特函 貴處希將該副本寄交香港灣仔皇后大道東
四十三至五十九號東美中心十字樓太平洋保險有限公司 為禱

此致

香港交通意外諮詢處

主任先生台照

簽署：