|  |
| --- |
| 勞工職業災害保險被保險人途中發生事故而致傷害陳述書**※各欄位請填寫完整，切勿空白** |
|  | 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 | □大型重型機車 □普通重型機車 □輕型機車 □自小客車 □腳踏車□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□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**） | □有 □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** |
| □有 □無 | 受吊扣期間、吊銷或註銷駕駛執照處分駕車 |
| □有 □無 | 行經有燈光號誌管制之交岔路口違規闖紅燈 |
| □有 □無 | 闖越鐵路平交道 |
| □有 □無 | 酒精濃度超過規定標準駕駛車輛 |
| □有 □無 | 吸食毒品、迷幻藥、麻醉藥品及其他相關類似之管制藥品駕駛車輛 |
| □有 □無 | 未依規定使用高速公路、快速公路或設站管制道路之路肩 |
| □有 □無 | 在道路上競駛、競技、蛇行或以其他危險方式駕駛車輛 |
| □有 □無 | 駕駛車輛不按遵行之方向行駛 |
| □有 □無 | 駕駛車輛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 | □是 □否 | 日常上下班 | 時間應經途中發生事故 |
| 公 出 |
| (八)有無因處理私事而中斷或 脫離應經之途徑 | □有 □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 | □有 □無  | 請填明機關全銜（如有相關證明請一併檢附）: |
| □有□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、勞動場所、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，願歸還溢領之保險給付、津貼、補助，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  被保險人(或受益人)簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_中華民國　 年　　 月　 　日 （本人正楷親簽）  |
| 投保單位印章 ： 負責人印章 ： 經辦人印章： 111.05※勞工職業災害保險及保護法第92條規定：以詐欺或其他不正當行為領取保險給付、津貼、補助，或為虛偽之證明、報告、陳述者，除按其領取之保險給付、津貼、補助處以2倍罰鍰外，並得依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。 |
| **1.請填寫下列各處地址**（如不敷填寫可另紙書寫說明並簽章）**※各欄位請填寫完整，切勿空白** (1)日常居住處所地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (2)勞動場所地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿\_\_\_ (3)事故地點（若不清楚，可只寫大概位置）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**2.請畫簡圖﹝**發生事故當日之上、下班路徑，請務必**繪明**並**標記：(1)日常居住處所。(2)勞動場所。(3)事故地點。(4)上下班應經途徑。**﹞ |