

# 誠心 第一防護



保險方案	幣別：新台幣	方案一	方案二	方案三	兒童方案
職業類別		1~4類	1~4類	1~2類	限未滿15足歲投保
年齡限制		15足歲~70歲		20足歲~60歲	出生滿15天~未滿15足歲
其他投保限制		家管、學生、退休人員限保方案一、方案二			
保險項目		保險金額			
1. 個人責任保險 (自負額：每一事故2,000元)		每一意外事故傷害責任10萬元/每一意外事故財損責任10萬元/保險期間內最高賠償金額10萬元			
2. 意外傷害保險金(甲型)		100萬元	300萬元	500萬元	失能保險金100萬元
3. 公共交通工具意外事故傷害	身故(喪葬費用)	200萬元	600萬元	1,000萬元	-----
4. 火災意外傷害事故	或失能保險金額	100萬元	100萬元	100萬元	-----
5. 地震意外傷害事故		100萬元	100萬元	100萬元	-----
6. 重大燒燙傷比例保險金		200萬元	200萬元	200萬元	200萬元
7. 燒燙傷皮膚移植手術保險金		200萬元	200萬元	200萬元	200萬元
8. 看護費用保險金		100萬元	100萬元	100萬元	100萬元
9. 傷害醫療保險金	住院日額型(每一事故最高90天) 骨折未住院	2,000元/天 最高補償6萬元	2,000元/天 最高補償6萬元	3,000元/天 最高補償9萬元	1,000元/天 最高補償3萬元
10. 加護病房住院日額保險金(每一事故最高60天)		3,000元/天	5,000元/天	5,000元/天	3,000元/天
11. 燒燙傷病房住院日額保險金(每一事故最高90天)		3,000元/天	5,000元/天	5,000元/天	3,000元/天
12. 意外門診手術醫療保險金		1,000元/次	2,000元/次	2,000元/次	1,000元/次
13. 緊急救護費用保險	救護車費用(每一事故最高給付三次) 急診費用(每一事故最高給付三次)	2,000元 500元	2,000元 500元	2,000元 500元	2,000元 500元
14. 傷害醫療保險實支實付型		6萬元	6萬元	6萬元	6萬元

- 一、承保對象：中華民國國民。
- 二、承保年齡：出生滿15天且正常出院至70歲(續保可至75歲)。
- 三、承保職業類別：第一至四類者。(依第一產物傷害險職業類別分類表104.03版為準)
- 四、保險期間：自起保日起一年。
- 五、除外不保類別：

## 投保注意事項

- 被保險人從事下列行業，不予承保：
  - (1) 板模工、石棉瓦及浪板安裝工、資源回收站分類人員、環保資源回收車司機(隨車人員)、消防人員(包含火場指揮人員、義消、替代役消防員)、軍職人員(固定上下班之行政及內勤人員不在此限)、警察(警務行政及內勤人員不在此限)、海上作業人員、高空作業人員、電信/電力高壓電從業人員、空勤員(空姐、空少及機長等相關人員)、航空公司飛行訓練學員、直升機、輕航機航空器駕駛人員、礦坑道(內、外)工作人員、有毒物品或火藥爆竹製造人員、爆破、潛水工作人員、馴獸師、特技演員、漁船船員、戰地記者、救難小組、泛舟安全人員、從事危險運動者、職業運動員(3類以上)。
  - (2) 職業分類表第五、六類、拒保類及本公司不承保人員。(其他未明列之不保職業，依本公司傷害保險職業分類表104.03版為準)
- 被保險人具有下列身分不予承保：
  - (1) 無業(指持續失業六個月以上，退休而年齡未達55歲者視為無業)，且無家人可提供生活之需求者。
  - (2) 被保險人長期居住國外者。
  - (3) 近期疾病或意外住院治療，目前仍在治療中，或痊癒尚未滿半年以上，暫不承保。
  - (4) 受刑人服刑期間(不論服刑期間之長短)，不予受理投保。
  - (5) 有道德危險疑慮者，例如：同時在多家產壽險公司投保(重複投保)、超額投保、無保險利益、財務不穩、吸毒、酗酒或投保動機不良等。
  - (6) 其他經本公司審核，認為不適宜承保者。
- 注意事項：
  1. 消費者投保前應審慎瞭解本保險商品，並請銷售人員詳細說明保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險之內容。
  2. 傷害保險部分之職業類別依本公司之職業分類表(104.03版)為準。
  3. 未滿15足歲之被保險人僅給付失能保險金，續保年齡滿15足歲時，契約即行終止。
  4. 被保險人變更其職業或職務時，要保人或被保險人應即時以書面通知本公司。
  5. 被保險人所變更的職業或職務依照本公司職業分類在拒保範圍內者，本公司於接到通知後得終止契約，並按日計算退還未滿期保險費。
  6. 同一被保險人投保本公司意外傷害保險，其有效保單身故或失能保險金(一般意外事故及特定意外事故)、重大燒燙傷保險金...等以新台幣貳仟參佰萬元為限，經本公司同意承保者不在此限。
  7. 失能保險金或醫療保險金之受益人為被保險人本人；身故保險金限指定被保險人之家屬，若非指定被保險人之家屬，則以被保險人之法定繼承人為限。
  8. 實支實付型傷害醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保本公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險；或本人於投保時已通知有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險，而本公司仍承保者，本公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知本公司者，本公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。
  9. 第一產物保留承保與否之權利，其他未盡事宜悉依保單條款辦理。  
消費者於購買本商品前，應詳閱各種銷售文件，如要詳細了解本商品之附加費用或其他相關資訊，請洽第一產物保險股份有限公司(免付費電話：0800-288068)或網站(www.firstins.com.tw)，以保障您的權益。
  10. 本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。
  11. 產壽險同業(含本公司)傷害醫療實支實付型有效契約以3張為限。

商品核准、核備及備查文號：

104.08.21依104.07.02金管保產字第10402523520號函修正、104.04.24一產精字第1040250號函備查、108.09.20依108.04.09金管保壽字第10804904941號函及108.06.21金管保壽字第10804920500號函修正、104.04.24一產精字第1040263號函備查、108.09.20依108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正、104.07.07一產精字第1040493號函備查、108.06.24一產精字第1080358號函、104.07.07一產精字第1040497號函備查、108.06.24一產精字第1080362號函、104.07.07一產精字第1040500號函備查、108.06.24一產精字第1080364號函、104.07.07一產精字第1040501號函備查、108.06.24一產精字第1080360號函、104.07.07一產精字第1040502號函備查、108.06.24一產精字第1080371號函、104.07.07一產精字第1040503號函備查、108.06.24一產精字第1040265號函備查、91.07.31、台財保字第0910706978號函核准(公會版)、96年8月31日依行政院金融監督管理委員會95年9月1日金管保二字第0950252251號令修正、95.4.28金管保二字第0950203990號函核准、106.2.13一產精字第1060060號函備查

※消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率(預定附加費率)最高40%，最低40%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話0800-288-068)或網站(網址https://www.firstins.com.tw)，以保障您的權益。



## 第一產物保險股份有限公司

台北市忠孝東路一段54號 電話：(02) 2391-3271

免費申訴電話：0800-288-068

公開資訊查詢：<https://www.firstins.com.tw>

服務人員

109.03.20一產精字第1090117號函送保險商品資料庫

幣別：新台幣元

保險單號碼：	第	號本單係	第	號續保
要保人	姓名：	身分證字號：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期(民國)： 年 月 日
	住所：□□□			聯絡電話： 與被保險人： 關係
被保險人	姓名：	身分證字號：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期(民國)： 年 月 日
	住所：□同要保人住所 □□□			服務單位： 工作性質：
身故保險金	<input type="checkbox"/> 法定繼承人(其順位及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定) <input type="checkbox"/> 指定受益人 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 受益人連絡電話： (若身故保險金受益人指定為法定繼承人或要保人不同意填寫受益人連絡地址及電話，本公司將以要保人最後所留之連絡方式作為身故保險金受益人之通知依據。)			
	姓名	身分證字號	出生日期(民國)	與被保險人關係
1				<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍
2				<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍

保險期間：自民國 年 月 日午夜十二時起一年。 保單送達地址：□同要保人住所 □ 分行

1. 被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險(請勾選)(1)實支實付型傷害醫療保險：是否 (2)實支實付型醫療保險：是否  
2. 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)。是否 如勾選是者，請提供。  
3. 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？是，否 如勾選是者，請提供相關證明文件。

保險方案/職業類別	方案一(1~4類)	方案二(1~4類)	方案三(1~2類)	兒童方案(限未滿15歲投保)
<b>專案代碼</b>	B1031M	B1031N	B1031O	B1031P
1. 個人責任保險(自負額：每一事故2,000元)	每一意外事故傷害責任10萬元/每一意外事故財損責任10萬元/保險期間內最高賠償金額10萬元			
2. 意外傷害保險金(甲型)	100 萬元	300 萬元	500 萬元	失能保險金100萬元
3. 公共交通工具意外事故傷害	200 萬元	600 萬元	1,000 萬元	-----
4. 火災意外傷害事故	100 萬元	100 萬元	100 萬元	-----
5. 地震意外傷害事故	100 萬元	100 萬元	100 萬元	-----
6. 重大燒燙傷比例保險金	200 萬元	200 萬元	200 萬元	200 萬元
7. 燒燙傷皮膚移植手術保險金	200 萬元	200 萬元	200 萬元	200 萬元
8. 看護費用保險金	100 萬元	100 萬元	100 萬元	100 萬元
9. 傷害醫療保險金	住院日額型(每一事故最高90天) 骨折未住院 最高補償6萬元	2,000元/天 最高補償6萬元	2,000元/天 最高補償9萬元	1,000元/天 最高補償3萬元
10. 加護病房住院日額慰問保險金(每一事故最高60天)	3,000元/天	5,000元/天	5,000元/天	3,000元/天
11. 燒燙傷病房住院日額保險金(每一事故最高90天)	3,000元/天	5,000元/天	5,000元/天	3,000元/天
12. 意外門診手術醫療保險金	1,000元/次	2,000元/次	2,000元/次	1,000元/次
13. 緊急救護費用保險金	救護車費用(每一事故最高給付三次) 急診費用(每一事故最高給付三次)	2,000元 500元	2,000元 500元	2,000元 500元
傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款 理賠上限最高200萬元				
保險費/年繳 (承保範圍及項目1-13項)	一~二類	1,675元	3,342元	5,173元
	三類	1,675元	3,342元	760元
	四類	3,113元	6,533元	-----
	-----	-----	-----	-----
14. 傷害醫療保險實支實付型 保險費/年繳 (承保範圍及項目1-14項)	一~二類	6 萬元	6 萬元	6 萬元
	三類	2,025元	3,692元	5,523元
	四類	2,025元	3,692元	1,110元
	-----	3,848元	7,268元	-----

第一產物自動續約附加條款(95.4.28金管保二字第09502039990號函核准;106.02.13一產精字第1060060號函備查)  
本人□同意 □不同意 於保險期間屆滿後，依照第一產物傷害保險自動續約附加條款之約定，逐年辦理本保險契約自動續約。

※要保人及被保險人注意事項：要保人及被保險人對下列告知事項應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或有不實之說明，足以影響本公司對於危險之估計者，本公司得依照保險法第六十四條解除本保險契約。  
※被保險人前往「全民健康保險特約醫療機構」以外之醫院或診所治療，或未以「全民健康保險被保險人」身份治療時，本公司就其實際醫療費用之百分之七十，在「傷害醫療保險金實支實付型」內給付「實支實付傷害醫療保險金」。

被保險人告知事項	是	否	聲明事項
1. 目前身體機能是否有下列障害?如有請於□內打√。 (1)口失明。(2)口曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表○。三以下。(3)口聾。(4)口曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。(5)口啞。(6)口咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)口四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	要保人及被保險人向第一產物保險公司(以下簡稱 貴公司)聲明同意下列事項： 1.本人(被保險人)同意 貴公司蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。 2.本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本要保書上所列本人資料轉送、壽險公會建立電腦系統連線，並同意壽險公會之會員查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為核保或理賠之依據。 3.(1)本人已閱覽並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。 (2)本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。 4.本人(被保險人、要保人)已知悉並同意將實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須與醫療費用收據正本，但若被保險人已投保 貴公司二項以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者， 貴公司對同一保險事故仍應依其該保險契約約定給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。
2. 過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥? 如有請於□內打√。 (1)口高血壓症(指收縮壓140mmHG以上/舒張壓90mmHG以上)、口狹心症、口心肌梗塞、口先天性心臟病、口主動脈血管瘤。(2)口腦中風(腦出血、腦梗塞)、口腦瘤、口癲癇、口智能障礙(外表無法明顯判斷者)、口精神病、口巴金森氏症。(3)口癌症(惡性腫瘤)、口肝硬化、口尿毒症、口血友病。(4)口糖尿病。 (5)口酒精或藥物濫用成癮、口眩暈症。(6)口視網膜出血或剝離、口視神經病變。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 被保險人有無兼業?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

上列各項答覆為「是」，請詳加說明。如有診療記錄，請告知大約就診日期、項目及結果。

保險業務員是否已出示合格銷售資格證件，並提供「保單契約條款樣本或影本」、「投保須知」及「要保書填寫說明」供要保人參閱，並已向要保人清楚解說前述文件內容?..... 是

※對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動，不論其是否有其他原因或事件同時或先後介入所致被保險人死亡或失能，其給付金額以保險契約所載保險金額為準。但死亡保險金額超過新台幣二百萬元者，其給付金額最高以新台幣二百萬元為限，失能保險金額則以新台幣二百萬元為限，其給付金額則以新台幣二百萬元乘以其等級計算。被保險人為未滿十五歲之未成年人，或受監護宣告尚未撤銷者，其給付依保險法第一百零七條及第一百零七條之一規定辦理。本人已知悉並瞭解「第一產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」條款內容及約定。  
※本人(被保險人、要保人)已確認告知事項及聲明事項內容，請於下方欄位簽名。

要保人簽章： \_\_\_\_\_ 被保險人簽章： \_\_\_\_\_ 法定代理人簽章： \_\_\_\_\_

要保日期：民國 年 月 日 (被保險人未成年者，法定代理人需同時簽章)

※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。 ※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。  
※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。 ※如需參考其他相關商品資訊，可查閱本公司網站或洽服務人員辦理。

※以下由第一產物填寫 \_\_\_\_\_ ※以下由大誠保經填寫 \_\_\_\_\_

核定	初核	經辦	服務人員	通路代碼	業務來源	單位名稱	單位代號	業務員姓名(親簽)	業務員登錄字號	保經代簽署人章
				A220	B1031					