

悠活安家保 PLUS

華瀚保經專案



承保範圍及項目		幣別：新台幣	兒童方案 (限未滿15歲人員投保， 僅能投保失能保險金)	方案一 (限職業類別第1-4類人員投保)	方案二 (限職業類別第1-4類人員投保)	方案三 (限職業類別第1-3類人員投保)	方案四 (限職業類別第1-2類人員投保)	方案五 (限職業類別第5-6類人員投保)
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/保險期間內之最高賠償金額 10萬元					
一般意外傷害保險(乙型)	身故(喪葬費用) 或失能保險金額	失能保險金200萬元	100萬元	200萬元	300萬元	500萬元	100萬元	
公共交通工具意外事故傷害保險		-----	400萬元	800萬元	1,200萬元	1,500萬元	200萬元	
地震意外傷害事故		-----	100萬元	200萬元	200萬元	300萬元	100萬元	
火災意外傷害事故		-----	100萬元	200萬元	200萬元	300萬元	100萬元	
重大燒燙傷比例保險金		100萬元	100萬元	100萬元	200萬元	200萬元	100萬元	
看護保險金		30萬元	20萬元	30萬元	30萬元	50萬元	20萬元	
醫療 附約	傷害醫療保險金	實支實付型	6萬元	6萬元	6萬元	10萬元	10萬元	3萬元
		住院日額型(每一事故最高90天)	2,000元/天	2,000元/天	2,000元/天	2,500元/天	2,500元/天	2,000元/天
		骨折未住院	最高補償6萬元	最高補償6萬元	最高補償6萬元	最高補償7.5萬元	最高補償7.5萬元	最高補償6萬元
	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	3,000元/天	3,000元/天	3,500元/天	3,500元/天	3,000元/天	
	燒燙傷病房住院日額保險金(每一事故最高90天)	3,000元/天	3,000元/天	3,000元/天	3,500元/天	3,500元/天	3,000元/天	
	意外門診手術醫療保險金	2,000元/次	2,000元/次	2,000元/次	2,500元/次	2,500元/次	2,000元/次	
輔助器具費用保險金(限額)		5萬元	5萬元	5萬元	5萬元	5萬元	5萬元	

投保注意事項

- 一、承保對象：中華民國國民。
- 二、承保年齡：0歲至70歲(續保可至75歲)，0歲係指出生滿15日且健康出院者。
- 三、承保職業類別：第一至六類者。(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：

1. 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)

2. 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) 懷孕七個月以上(含)。
- (7) 其他經本公司審核，認為不適宜承保者。

六、備註：

1. 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。若本公司職業分類表有作修正，則依最新之職業分類表為準。
2. 被保險人不得重複投保本專案。
3. 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。
4. 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。
5. 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份不負給付責任。
6. 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。
7. 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。
8. 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於醫院接受診療者，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。
9. 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、104.07.07一產精字第1040490號函備查、104.07.07一產精字第1040491號函備查、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1040494號函備查、108.06.24一產精字第1080359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1040495號函備查、108.06.24一產精字第1080363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、104.07.07一產精字第1040503號函備查、108.06.24一產精字第1080368號函、104.07.07一產精字第1040504號函備查、108.06.24一產精字第1080370號函、107.9.14依107.7.18金管保壽字第10704938160號函修正、108.09.20依108.04.09金管保壽字第10804904941號函、108.06.21金管保壽字第10804920500號函修正、92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)、95.4.28金管保二字第09502039990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(預定附加費用率)最高37.72%，最低37.08%；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>



華瀚保險經紀人有限公司

HUA HAN INSURANCE BROKER COMPANY

總公司：高雄市鼓山區明誠四路10號8樓

華瀚保險經紀人服務專線：07-522-2190

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	國籍(如為外國籍請填寫區別)： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍
	住所：			聯絡電話：	與被保險人關係： 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	國籍(如為外國籍請填寫區別)： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍
	住所： <input type="checkbox"/> 同要保人住所				<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚
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： 地址：□□□□				
	(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。)				
編號	姓名	身分證字號	出生日期(民國)	與被保險人關係	國籍(如為外國籍請填寫區別)
1				<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍	3
2				<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍	4

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 單位

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。

承保範圍及項目		幣別：新台幣	兒童方案 (限未滿15歲人員投保， 僅能投保失能保險金)	方案一 (限職業類別第1-4類人員投保)	方案二 (限職業類別第1-4類人員投保)	方案三 (限職業類別第1-3類人員投保)	方案四 (限職業類別第1-2類人員投保)	方案五 (限職業類別第5-6類人員投保)
專案代碼			B0889A	B0889B	B0889D	B0889F	B0889G	B0889H
			-----	B0889C	B0889E	-----	-----	B0889I
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/保險期間內之最高賠償金額 10萬元						
一般意外傷害保險(乙型)	身故(喪葬費用) 或失能保險金額	失能保險金200萬元	100萬元	200萬元	300萬元	500萬元	100萬元	
公共交通工具意外事故傷害保險		-----	400萬元	800萬元	1,200萬元	1,500萬元	200萬元	
地震意外傷害事故		-----	100萬元	200萬元	200萬元	300萬元	100萬元	
火災意外傷害事故		-----	100萬元	200萬元	200萬元	300萬元	100萬元	
重大燒燙傷比例保險金		100萬元	100萬元	100萬元	200萬元	200萬元	100萬元	
看護保險金		30萬元	20萬元	30萬元	30萬元	50萬元	20萬元	
醫療 附約	傷害醫療保險金	實支實付型	6萬元	6萬元	6萬元	10萬元	10萬元	3萬元
		住院日額型(每一事故最高90天)	2,000元/天	2,000元/天	2,000元/天	2,500元/天	2,500元/天	2,000元/天
		骨折未住院	最高補償6萬元	最高補償6萬元	最高補償6萬元	最高補償7.5萬元	最高補償7.5萬元	最高補償6萬元
	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	3,000元/天	3,000元/天	3,500元/天	3,500元/天	3,000元/天	
	燒燙傷病房住院日額保險金(每一事故最高90天)	3,000元/天	3,000元/天	3,000元/天	3,500元/天	3,500元/天	3,000元/天	
意外門診手術醫療保險金	2,000元/次	2,000元/次	2,000元/次	2,500元/次	2,500元/次	2,000元/次		
輔助器具費用保險金(限額)	5萬元	5萬元	5萬元	5萬元	5萬元	5萬元		
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	第一~二類	<input type="checkbox"/> 1,089元	<input type="checkbox"/> 1,765元	<input type="checkbox"/> 2,572元	<input type="checkbox"/> 3,599元	<input type="checkbox"/> 5,167元	-----	
	第三類	-----	<input type="checkbox"/> 1,765元	<input type="checkbox"/> 2,572元	<input type="checkbox"/> 3,599元	-----	-----	
	第四類	-----	<input type="checkbox"/> 3,080元	<input type="checkbox"/> 4,575元	-----	-----	-----	
	第五類	-----	-----	-----	-----	-----	<input type="checkbox"/> 5,050元	
	第六類	-----	-----	-----	-----	-----	<input type="checkbox"/> 6,470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)□失明。(2)□曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或藥用，且一目視力矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表○、三以下。(3)□聾。(4)□曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或藥用，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。(5)□啞。(6)□咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)□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 貴公司得蒐集、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載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、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承保或理賠之依據。 3.(1)本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行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)已知悉並明確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，申請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 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各該保險別條款約定給付責任。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份不負給付責任。
2.過去二年內是否曾患有下列疾病而接受醫師治療、診療或藥用？如有請於□內打√。 (1)□高血壓症(指收縮壓140 mmHG以上/舒張壓90 mmHG以上)、□狹心症、□心肌梗塞、□先天性心臟病、□主動脈血管瘤。(2)□腦中風(腦出血、腦梗塞)、□腦瘤、□癲癇、□智能障礙(外表無法明顯判斷者)、□精神病、□巴金森氏症。(3)□癌症(惡性腫瘤)、□肝硬化、□尿毒、□血友病。(4)□糖尿病。 (5)□酒精或藥物濫用成癮、□眩暈症。(6)□視網膜出血或剝離、□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，其給付額最高以新台幣二百萬元為限，失能保險金如超過新台幣二百萬元，其給付額最高以新台幣二百萬元乘以其失能等級計算。被保險人為未滿十五歲之未成年者，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。本人已知悉並明確「第一產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」條款之內容及約定。
※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。

核定		初核	經辦	服務人員	通路代碼	業務來源	業務員姓名(親簽)	業務員登錄字號	保經代簽署人章
					A136	B0889			

要保人：_____ 法人負責人：_____	被保險人：_____ <input type="checkbox"/> 同要保人
國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____	國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____
職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業 (如為外國請填寫國別)	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業
註一：(請勾選) <input type="checkbox"/> 01律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。 <input type="checkbox"/> 02軍火商、不動產經紀人。 <input type="checkbox"/> 03當舖業、融資從業人員。 <input type="checkbox"/> 04寶石及貴金屬交易商。 <input type="checkbox"/> 05藝術品/骨董交易商、拍賣公司。 <input type="checkbox"/> 06基金會、協會/寺廟、教會從業人員。 <input type="checkbox"/> 07博奕產業/公司。 <input type="checkbox"/> 08匯款公司、外幣兌換所。 <input type="checkbox"/> 09外交人員、大使館、辦事處。 <input type="checkbox"/> 10虛擬貨幣的發行者或交易商。	註一：(請勾選) <input type="checkbox"/> 01律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。 <input type="checkbox"/> 02軍火商、不動產經紀人。 <input type="checkbox"/> 03當舖業、融資從業人員。 <input type="checkbox"/> 04寶石及貴金屬交易商。 <input type="checkbox"/> 05藝術品/骨董交易商、拍賣公司。 <input type="checkbox"/> 06基金會、協會/寺廟、教會從業人員。 <input type="checkbox"/> 07博奕產業/公司。 <input type="checkbox"/> 08匯款公司、外幣兌換所。 <input type="checkbox"/> 09外交人員、大使館、辦事處。 <input type="checkbox"/> 10虛擬貨幣的發行者或交易商。
※過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明居住國家(地區)_____	
※要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或民意代表、公務機關首長?)..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明_____	
※要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
◎本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。	
1. 招攬經過？ <input type="checkbox"/> 既有客戶 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
2. 購買本保險之目的？ <input type="checkbox"/> 生活保障 <input type="checkbox"/> 風險轉移 <input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
3. 家中主要經濟者為要保人之： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
4. 要保人財務狀況，請說明：年收入：_____萬元，服務單位：_____ 工作性質：_____	
收入來源： <input type="checkbox"/> 薪津 <input type="checkbox"/> 投資 <input type="checkbox"/> 營業收入 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
5. 被保險人財務狀況：(要/被保險人同一人則免填寫)	
年收入：_____萬元，收入來源： <input type="checkbox"/> 薪津 <input type="checkbox"/> 投資 <input type="checkbox"/> 營業收入 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
(被保險人為已婚者，請填寫夫妻年收入總和；若為未成年/學生者，請填寫父母或法定代理人年收入總和)	
6. 被保險人日常生活主要使用之交通工具： <input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 自行車 <input type="checkbox"/> 大眾運輸 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
7. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
8. 招攬時是否確實瞭解要保人/被保險人之投保目的及保險需求，並經綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保費、保額需求間之適當性？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
9. 招攬時是否確實使要保人瞭解本次繳交保險費用以購買保險商品？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
10. 招攬時是否已確認要保人、被保險人及受益人身分(身分證、護照、駕照或戶口名簿等)及親晤要保相關文件係由要保人、被保險人及法定代理人親自簽名無誤？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
11. 招攬時是否已確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係，並確認告知受益人之指定或變更須經被保險人同意？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
※若身故受益人非指定被保險人之配偶、直系親屬或法定繼承人(順位及應得比例適用民法繼承編相關規定)，請說明原因：_____	
※以上保險需求及適合度評估暨業務員報告書各欄填寫均屬確實，特此聲明。	
業務員簽名：_____ / 登錄字號：_____ 保經代簽署章：_____	
中華民國_____年_____月_____日	

※保險費付款方式(請勾選)	<input type="checkbox"/> 現金	授權書編號：	
	<input type="checkbox"/> 信用卡 特約商店代號：15833937700	※立授權書人(帳戶所有人，以下簡稱授權人)同意於本授權書生效後，授權第一產物保險股份有限公司得自授權人之下述帳戶自動轉帳，以繳付本授權書所指定之保險契約應繳之保險費。	
	發卡銀行：_____	卡別： <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> VISA	
	授權人姓名：_____	身分證字號：_____	
	信用卡卡號：_____		
	有效年月：西元 _____ 年 _____ 月，至 _____ 年 _____ 月	(若有效期限因重新發卡而有變動時，請通知保險公司以利續期保費之收取，若未接獲您的通知，保險公司將自動展延，以維護您的權益。)	
	簽帳金額：新台幣 _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元整，簽帳日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日		
	與要保人關係： <input type="checkbox"/> 1.同要保人 <input type="checkbox"/> 2.同被保險人 <input type="checkbox"/> 3.配偶 <input type="checkbox"/> 4.子女 <input type="checkbox"/> 5.父母		
	信用卡授權簽章：_____	(簽名樣式須與信用卡一致)	
	持卡人經詳細審閱後已充分瞭解並同意背頁所載信用卡授權書填寫應注意事項之約定。		

第一產物保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第6條第2項、第8條第1項及第9條第1項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:(一)財產保險(○九三)。(二)人身保險(○一)。(三)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)

二、蒐集之個人資料類別:要保人、被保險人、受益人、或責任險第三人之姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、病歷、醫療、健康檢查、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。

三、個人資料之來源:(一)要保人/被保險人。(二)司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。(三)當事人之法定代理人、輔助人。(四)各醫療院所。(五)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式:

(一)期間:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。

(二)對象:本(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。

(三)地區:上述對象所在之地區。

(四)方式:合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定,台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

(一)得向本公司行使之權利:

1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。 2.向本公司請求補充或更正。 3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二)行使權利之方式:以書面或其他日後可供證明之方式。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響:

台端若未能提供相關個人資料時,本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

註:本公司履行上開告知義務,不限書面或取得當事人簽名,無簽署亦不影響告知效力。

106.01版

傷害暨健康保險投保須知

一、投保時,業務員會主動出示登錄證,並告知其授權範圍;如未主動出示或告知,應要求其出示並詳細告知。

說明:保險業務員管理規則第六條規定:「業務員於招攬保險時,應出示登錄證,並告知授權範圍。」如業務員未主動出示或告知,要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、告知義務:要保人及被保險人應誠實告知,否則保險公司得解除契約;保險事故發生後亦同。

說明:(一)保險法第六十四條規定:「訂立契約時,要保人對於保險人之書面詢問,應據實說明」又「要保人有為隱匿或遺漏不為說明,或為不實之說明,足以變更或減少保險人對於危險之估計者,保險人得解除契約;其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時,不在此限。」

「前項解除契約權,自保險人知有解除之原因後,經過一個月不行使而消滅;或契約訂立後經過二年,即有可以解除之原因,亦不得解除契約。」

(二)因保險契約是最大誠信契約,所以要保人及被保險人在要保時應將要保書內各項內容,都需要詳實說明或填寫清楚,不能有為隱匿或遺漏不為說明,或告知不實情事。(例如:被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上;應據實告知)否則,保險公司在契約訂定後,知有解除原因後一個月內行使解除契約權;即使事故發生後亦不負賠償責任,除非要保人(或被保險人)能證明保險事故發生原因與未告知事項無關。且因未盡告知義務解除契約時,其已繳的保險費不須退還,這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

三、保險契約的終止。

說明:要保人得隨時終止本契約。

(一)契約之終止,自本公司收到要保人書面通知時,開始生效。

(二)要保人約定終止本契約時,本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後,將未滿期保險費退還要保人,計算及收取方式詳保單條款。

四、除外責任:

說明:(一)保險公司依照保險法規定,有依保單條款規定之除外責任,可以不負賠償責任。

(二)保險單條款都有詳細明訂各種除外責任之範圍,可以參閱。

五、契約的保險期間及續保。

說明:(一)契約的保險期間為一年。

(二)保險期間屆滿時,經本公司同意後,要保人得交付續保保險費,使本契約繼續有效。

六、投保時,要保書應親自填寫及簽章,如本人不能書寫,得授權由家屬為之,但應註明其經過;業務員及保險公司會主動提供保險單條款,並於要保人交付保險費後,出具正式收據。為知道您投保的內容,及維護您的權益,如業務員及保險公司未主動提供時,請務必要求其提供。

七、被保險人未滿十五歲之未成年人,或受監護宣告尚未撤銷者,其身故保險金給付之限制。

說明:(一)訂立本契約時,以未滿十五歲之未成年人為被保險人,僅給失能保險金,其身故保險金之給付於被保險人滿十五歲之日起發生效力。

(二)以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人,其喪葬費用保險金額總和(不限本公司),不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費用扣除額之半數,其超過部分本公司不負給付責任,本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。

八、本保險商品受財產保險安定基金之保障。

九、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道:

說明:(一)要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議,可以向投保之保險公司提出申訴。

(二)要保人或被保險人不接受處理結果或保險公司逾三十日未處理者,自期限屆滿之日起六十日內,向保護法規定設立之爭議處理機構申請評議或行政院金融監督管理委員會(金管會)申訴。

(三)如因保險契約爭議涉訟者,依據各險示範條款之約定,以要保人住所地方法院為第一審管轄法院,要保人的住所地在中華民國境外時,則以雙方約定之方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

傷害暨健康保險要保書填寫說明

一、「業務員登錄證」?

業務員登錄證係業務員所屬之保險代理人或保險經紀人公司依財政部公佈之「保險業務員管理規則」核發,為具有招攬保險之資格證件,業務員招攬保險時,應出示登錄證,並詳細告知授權範圍。

二、什麼是要保書?

要保書是指要保人向保險公司申請投保時所填寫的書面文件。主要內容包括:要保人與保險標的之基本資料等。

三、誰來填寫要保書?

要保書應由要保人及被保險人本人就有關內容親自填寫並簽名,若要保人或被保險人為未成年人(未滿二十歲)訂立保險契約時,需經其法定代理人的同意,並於要保書上簽名。但已婚者,不在此限。

四、什麼是「要保人」?

要保人是指對保險標的具有保險利益,向保險人申請訂立保險契約,並負有交付保險費義務之人,其權利及義務為:

(一)權利:1.指定各類保險金之受益人。 2.申請契約變更。 3.終止契約。

(二)義務:1.繳納保險費。 2.被保險人職業或職務變更及保險事故發生之通知。 3.告知義務。

五、什麼是「被保險人」?

所謂被保險人,指保險事故發生時,遭受損害,享有賠償請求權之人。

六、「要保人」與「被保險人」之間必須有什麼關係?

要保人對被保險人須有保險利益,才可以訂立保險契約,而依保險法第十六條之規定,要保人對於下列各人之生命或身體,有保險利益。

(一)本人或其家屬。(二)生活費或教育費所仰給之人。(三)債務人。

(四)為本人管理財產或利益之人。

七、什麼是「受益人」?

(一)所謂「受益人」係指被保險人或要保人約定享有賠償請求權之人。

(二)受益人通常除有請求保險金之權利外,並可基於利害關係人之身分代繳保險費。

(三)受益人之義務則應於知悉保險事故發生後通知保險公司。

八、受益人怎麼指定?

受益人由要保人指定,人數無限制,中途得以變更,次數亦無限制。

九、要保書上要填寫什麼「地址」?有何重要性?

要保書上要填寫的地址係指要保書上保險公司收取續期保險費及相關文件的寄送地址。地址如有變更,應立即通知保險公司。

十、什麼是「告知事項」?

告知事項主要為要保書中有關被保險人身體狀況等之詢問事項。應據實說明,如有為隱匿或遺漏不為說明,或為不實之說明,足以變更或減少保險人對危險之估計者,保險人得解除契約;其危險發生後亦同。

十一、要保書中對健康狀況的告知義務年期或期間(「過去兩年」、「最近兩個月」、「過去五年」等期間)如何認定?

以要保人填寫要保書所載之申請日期起回溯計算兩個月、兩年、五年稱之。

十二、什麼是「健康檢查有異常情形」?

(一)健康檢查結果異於檢查標準的正常值或參考值者。

(二)醫師要求或建議作進一步追蹤、檢查或治療者。

十三、什麼是「治療、診療或用藥」?

(一)治療:針對疾病、傷害等異常現象直接加以手術、用藥或物理治療、心理治療等。

(二)診療:對於身體狀況有異常之問診、檢查或治療。

(三)用藥:服用、施打或外敷藥品。

十四、「住院七日以上」怎麼認定?

(一)自辦理住院手續當日至辦理出院手續當日止。

(二)前述計算方式,中間如遇有轉院等中斷住院之情形時,需連續計算在內。

十五、對要保書中告知事項所列疾病名稱有疑問時,該怎麼辦?

(一)詢問診斷醫師。

(二)請洽本公司免費服務電話詢問。電話號碼為:0800-288-068。

十六、要保書還有什麼附件?

除了要保書本身之外,尚有投保人須知、要保書填寫說明及保險單條款樣張或影本等附件,提供給要保人及被保險人於填寫要保書參考。

要保人姓名	身分證字號	被保險人姓名 <small>(與要保人同一人者免填)</small>	身分證字號
-------	-------	---------------------------------------	-------

一、購買本保險之目的：
生活保障 風險轉移 員工福利 其他 _____

二、被保險人是否已購買人身保險？
否 是，投保保險公司 _____ 家，保險費約 _____ 元。

三、被保險人之居住狀況：坪數 _____ 坪

1. 現住房屋型態：獨院透天 大廈 店舖 公寓 其他 _____

2. 現住房屋是：自購，價格 _____ 萬元、貸款餘額 _____ 萬元
租賃，每月租金 _____ 元
父母所有 子女所有 公司提供 其他 _____

3. 居住現址多久：3年以下 3~6年 6年以上

四、要保人及被保險人之財務狀況：

項目	身份	要保人
1. 公司名稱 / 營業項目		/
2. 職稱 / 工作內容		/
3. 是否為公司股東？股份若干？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	/
4. 每年薪資收入(含公司紅利)		萬元
5. 其他收入(如定存、股票、利息、房租、投資收入等)		萬元
6. 不動產(除居住房屋外)價值/座落		萬元
7. 負債情況(金額/借貸原因)		萬元
若為公司負責人或股東者，則請填寫以下欄位		
1. 公司設立時間 / 資本額		年 月 日 /
2. 公司員工人數		人
3. 公司是自置或租賃？多少坪	<input type="checkbox"/> 自置 <input type="checkbox"/> 租賃 /	坪
4. 過去二年公司之營業額 過去二年公司之稅前利潤		萬元 / 萬元 萬元 / 萬元
5. 往來銀行、郵局或會計師		

項目	身份	被保險人(要/被保險人同一人則免填)
1. 公司名稱 / 營業項目		/
2. 職稱 / 工作內容		/
3. 是否為公司股東？股份若干？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	/
4. 每年薪資收入(含公司紅利)		萬元
5. 其他收入(如定存、股票、利息、房租、投資收入等)		萬元
6. 不動產(除居住房屋外)價值/座落		萬元
7. 負債情況(金額/借貸原因)		萬元
若為公司負責人或股東者，則請填寫以下欄位		
1. 公司設立時間 / 資本額		年 月 日 /
2. 公司員工人數		人
3. 公司是自置或租賃？多少坪	<input type="checkbox"/> 自置 <input type="checkbox"/> 租賃 /	坪
4. 過去二年公司之營業額 過去二年公司之稅前利潤		萬元 / 萬元 萬元 / 萬元
5. 往來銀行、郵局或會計師		

檢附資料：扣繳憑單 存款證明文件 定存單 投資交易憑證 土地所有權狀
其他：_____

要/被保險人聲明：本人(要保人、被保險人)同意 貴公司得因核保需要，查詢本人在聯合徵信中心之相關授信紀錄。

備註：1. 本公司依「個人資料保護法」相關規定，對以上之個人資料，不得透露予不相關之第三人。
 2. 本公司不得以上述個人資料主張保險法第64條之規定。

要保人簽名：_____

被保險人簽名：_____

法定代理人簽名：_____

業務員簽名：_____ 中華民國 年 月 日

信用卡授權書填寫應注意事項：

1. 持卡人已確認保證上開填載之信用卡資料均為詳實無訛。
2. 授權人以本保單之要保人、被保險人本人或直系親屬為限。
3. 本授權書因填寫內容不全、錯誤或其他原因致無法辦理轉帳者，若要保人未於通知之期限內繳納保險費時，上開保單自始不生效力。
4. 發卡機構拒絕給付保險費予第一產物保險股份有限公司，致當期/續保保費轉帳不成功時，原授權書之效力即自動終止。