



第一產物保險股份有限公司

總公司：台北市忠孝東路一段五十四號 電話：(02)23913271(代表線) 保費查詢及免費申訴電話：0800-288-068

查詢公開資訊請洽本公司各分支機構或網址：<http://www.firstins.com.tw>

THE FIRST INSURANCE CO., LTD. 第一產物貨物運送人責任險要保書

70.11.24台財融字第24185號

111.01.20一產精字第1110067號函送保險商品資料庫

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及相關文件，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。

保險單號碼	本保單係		號續保
被保險人/要保人			
通訊處 (營業處所)			
車輛種類	運送標的物		
保險期間	自民國 年 月 日十二時起至民國 年 月 日十二時止		
保額 新台幣 元	每一事故責任限額		
	每一事故被保險人自負額		
	保險期間內累計責任限額		
保險單適用區域			
運送工具車牌號碼	引擎號碼		
最近三年之損失 金額之原因			
特別約定事項			
費率	保險費 (新台幣元)		
備註			

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。

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。

保險業務員已出示合格銷售資格證件，並提供「保險契約條款樣本或影本」及「投保人須知」供要保人參閱，並已向要保人清楚解說前述文件內容.....是

經手人： _____ 被保險人/要保人： _____ (簽名蓋章)

保經代業務員證號： _____ 地址： _____

保經代業務員親簽： _____ 電話號碼： _____

業務員證號： _____ 統一編號： _____

業務員親簽： _____ 保經代簽署章 _____

通路代碼： _____

中華民國 年 月 日