



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. - APPLICATION FOR HULL INSURANCE

第一產物船體險要保書

84.11.02財保字第841539699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。

保單號碼
Policy No.

字第

號

年
For the month of

月份

船舶種類 Type of Vessel	船名 Ship's Name	原名 Late Name	船長姓名 Captain's Name	
國籍 Nationality	中文 Chinese		曾在何處服務 Where Employed	
	英文 English		期間 Time Served	
所有者 Owners	中文 Chinese		英文 English	
被保險人/要保人 Insured/Applicant	中文 Chinese		英文 English	
總噸位 Gross Tonnage	船殼材料 Material of Hull		船級 Classification	
淨噸位 Net Tonnage	速度 Speed		裝貨噸數 D. W.	
建造年月 Year Built	無線電報 Wireless		船籍港 Port of Registry	
機器種類 Engine Type	馬達 Horse Power		船舶登記號碼 Registry Certificate No.	
適航證書 Seaworthiness Certificate		最近檢驗 Last Survey		
保險條件 Condition			保險標的物 Interest	
航行範圍 Trading Limit				
保險期限 Period	個月 Months	自 From	至 To	(b. d. i.)
船價 Valuation		保額 Insured Amount		
保險費率 Rate		保戶自負額 Owner's Risk		
保險費 Premium			外保 Other Insurance	
第一期 1st Insurance	%	年 月 日	公司名稱 Ins. Company	保單號碼 Policy No.
第二期 2nd Insurance	%	年 月 日	保險期間 Period	
第三期 3rd Insurance	%	年 月 日	船價 Valuation	
第四期 4th Insurance	%	年 月 日	保額 Insured Amount	
(1) 貴公司共有多少船舶？各船船名？要保船舶曾否保險？如有，請詳列公司名稱及保單號碼。 How many vessels have you? Name of Vessels? Are you now or have ever been insured in respect of this Vessels? If so, please state name of insurance company and policy number.				
(2) 要保船舶屬於現船東期間內曾否出險？如有，請略述出險及保險公司理賠情形。 Have any accidents happened to this vessel while this vessel has been in your ownership? If so, please give brief details at accidents and any claims made to the insurance company.				
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…… <input type="checkbox"/> 是				
備註 Remarks			Re-built or Re-condition 改建或改變形式	Late type of Vessel 該船原來型式

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。

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：

年 月 日