



# 第一產物保險股份有限公司

總公司：臺北市忠孝東路一段五十四號 電話：二三九一三二七一（代表線） 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>

## 第一產物醫師業務責任保險要保書

102.04.02依102.01.22金管保產字第10202520820號函修正

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。

幣別：新台幣元

|  |                          |      |  |           |            |     |         |
|--|--------------------------|------|--|-----------|------------|-----|---------|
| 保險單號碼  | 字第                       | 號    | <input type="checkbox"/> 新保<br><input type="checkbox"/> 續保 | 保單份數      | 正本：<br>副本： |     |         |
| 要保人  |                          |      |  | 身分證字號     |            |     |         |
| 要保人住所<br>(通訊處)   | □□□□□□                   |      |  |           |            |     |         |
| 被保險人   |                          |      |  | 身分證字號     |            |     |         |
| 被保險人住所<br>(通訊處)  | □□□□□□                   |      |  |           |            |     |         |
| 保險期間   | 自民國 年 月 日零時起至民國 年 月 日零時止 |      |  |           |            |     |         |
| 追溯日  | 民國 年 月 日零時               |      |  |           |            |     |         |
| 延長發現期間   | 自民國 年 月 日零時起至民國 年 月 日零時止 |      |  |           |            |     |         |
| 業務處所名稱   |                          |      |  | 業務科別      |            |     |         |
| 業務處所地址   |                          |      |  | 電話        |            |     |         |
| 醫師執照號碼   |                          |      |  | 執業年資      | 年          |     |         |
| 醫療器材設備述要   |                          |      |  |           |            |     |         |
| 平均每日診病次數   | 人次                       | 護理人員 | 醫師_____名   | 藥劑師_____名 | 護士_____名   |     |         |
|  |                          |      |  | 藥劑師_____名 | 見習生_____名  |     |         |
| 被保險人過去執業有無發生意外事故？如有請詳述經過情形。  |                          |      |  |           |            |     |         |
| 保險金額   |                          |      | 每一意外事故自負額  |           |            |     |         |
| 每一意外事故傷亡   |                          |      |  |           |            |     |         |
| 保險期間內最高賠償金額  |                          |      |  |           |            |     |         |
| 適用條款代號   |                          |      |  | 總保險費      |            |     |         |
| <p>一、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。</p> <p>二、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。</p> <p>此致</p> <p>第一產物保險股份有限公司</p> <p>要保人簽名蓋章：_____</p> <p>要保日期：_____年_____月_____日</p> |                          |      |  |           |            |     |         |
| 本公司內部作業專用欄位  | 核定                       | 初核   | 經辦   | 再保        | 分保收件       | 經手人 | 經紀人/代理人 |
|  |                          |      |  |           |            |     |         |
|  | 行銷通路                     |      |  |           | —          |     |         |