第 一 產 物 保 險 股 份 有 限 公 司

總公司地址：台北市忠孝東路一段 54 號　電話：(02)2391-3271
第一產物保險股份有限公司免費申訴電話：0800-288-068
第 一 產 物 保 險 股 份 有 限 公 司 公 開 資 訊 查 詢 網 址 ：
http://www.firstins.com.tw

執行職務適用

第一產物志工團體傷害保險要保書

※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司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。

115.11.25 一產精字第 1150010254 號函備查

保單號碼	第 GP　　號本單係　　號續保			份數	正本　份 副本　份
要保人 (要保單位)		統一編號		要保單位 志工性質	
要保人住所	□□□			聯絡電話	
保險期間	自民國　　年　　月　　日　　時起　□一個月　□三個月　□六個月　□一年期 (限擇一投保)				
被保險人	共＿＿＿＿＿人(最少五人，詳被保險人名冊)			要保人與被保險人關係	

幣別：新台幣

承保範圍及項目			□組別 1：特定傷害保險(不含骨折未住院)			□組別 1：特定傷害保險(含骨折未住院)		
項次			□項次 1	□項次 2	□項次 3	□項次 4	□項次 6	-----
職業類別			1~3 類	1~3 類	4~6 類	1~3 類	4~6 類	-----
志工團體傷害保險	一般意外身故(喪葬費用)或失能保險金		100 萬	300 萬	300 萬	100 萬	300 萬	-----
	傷害醫療保險金	實支實付型	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	-----
		住院日額型(每次事故最高給付 90 日)	1,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	1,000 元/日	2,000 元/日	-----
每人保險費		一個月	9 元	18 元	57 元	15 元	83 元	-----
		三個月	21 元	42 元	133 元	35 元	193 元	-----
		六個月	39 元	78 元	247 元	65 元	358 元	-----
		年　繳	60 元	120 元	380 元	100 元	550 元	-----
傷害險恐怖主義行為保險限額給付附加條款			理賠上限最高新台幣二佰萬元					
適用條款	GP039B.GP040A.991B		總 保 險 費			新台幣		元

要保人及被保險人向第一產物保險公司聲明同意下列事項

1.本人（被保險人）同意第一產物保險公司得蒐集、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）同意第一產物保險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、壽險公會之會員公司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.本人（被保險人、要保人）同意第一產物保險公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
4.本人（被保險人、要保人）已知悉並明瞭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檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保第一產物保險公司二張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第一產物保險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，而第一產物保險公司仍承保者，第一產物保險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第一產物保險公司者，同意第一產物保險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。

※要保單位注意事項：
(1)被保險人未以「全民健康保險被保險人」身分治療者，本公司僅給付被保險人實際醫療費用之百分之六十五，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」。
(2)於貴公司要求時，隨時提供有關被保險人員工之資料以便核算保險費及保險金之給付。
(3)舉凡要保明細表之陳述及隨後級職之變更，被保險人之增減，均視為本要保書之一部份，亦為貴公司核保之憑證，倘上述文件未經貴公司核保人員認可者無效。
(4)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，其給付額度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，其給付額度則以新台幣二百萬元乘以失能等級計算。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。本人已知悉並明瞭『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(要保人)已知悉貴公司提供之「投保須知」及「要保書填寫說明」，並在要保書填寫時，已審閱貴公司所提供之保險單條款(保險單條款網址 https://www.firstins.com.tw/insurance/injuryhealth)，特於下方欄位簽章。

要保人(要保單位)/負責人簽章：

此　致

第一產物保險股份有限公司

要保人(要保單位)/負責人簽章：

要保日期：　　年　　月　　日

核　定	初 核	經　辦	輸　入	再 保	招攬人員簽名	業務員登錄字號	通路代碼	業務來源
							7777	□VP00187(不含骨折 GP4) □VP00185(含骨折 GP2)
聯絡人	姓名：		電話：					

※要保單位茲特聲明：本要保書及聲明書所填各項應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，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。

第一產物保險股份有限公司

團體保險保戶權益確認書

要保單位(要保人為法人)： _____

保單號碼：

要保單位謹向第一產物保險股份有限公司（下稱第一產物）聲明投保本保單時已確認下列事項：

一、要保單位與被保險人已確實瞭解所投保險種、保險金額及保險費支出符合自身的投保目的及與實際需求相當。

二、要保單位與被保險人已確認投保時之實際資料與要保書等要保文件上所載之資料一致。

三、要保單位已於檢視要保書等相關要保文件內容無誤後簽署相關要保文件，且確認全體被保險人或其法定代理人均已同意投保，受益人之指定確經被保險人同意。

四、要保單位已確認本保單之被保險人均為要保單位所屬人員或其家屬；要保單位於本保單保險期間內提供予第一產物之本保單被保險人資料，要保單位亦將於確認其等均為要保單位成員及其眷屬且確實皆具辦理該異動(如加保、退保、投保內容異動等)之意願後，方提供予第一產物。

五、要保單位已確實瞭解所繳交之保險費係用以購買保險商品。若本保單保險費係由被保險人全額自費，要保單位並已確認被保險成員已同意本保單保險費由其全額負擔。

_____

要 保 單 位 簽 章

日 期 ： 中 華 民 國　　年　　月　　日

115.11 版