



第一產物保險股份有限公司

第一產物志工團體傷害保險要保書

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>

※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。
 111.11.21 一產精字第 1110608 號函備查

| | | | | | | | |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|----------|--------------|------------|---|
| 保單號碼 | 第 GP3 | | 號本單係 | 號續保 | 份數 | 正本 副本 | 份 |
| 要保人 (要保單位) | 嘉義縣○○鄉○○社區發展協會 | | 統一編號 | 12345678 | 要保單位 志工性質 | | |
| 要保人住所 | □□□ 612嘉義縣太保市祥和二路東段一號 | | | | 聯絡電話 | 05-3620900 | |
| 保險期間 | 自民國 113 年 01 月 01 日 24 時起 <input type="checkbox"/> 一個月 <input type="checkbox"/> 三個月 <input type="checkbox"/> 六個月 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 志工 | |

幣別：新台幣元

| 承保範圍及項目 | | <input type="checkbox"/> 組別一 | <input type="checkbox"/> 組別二 | <input type="checkbox"/> 組別三 | |
|----------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------|
| 職業類別 | | 1-3 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 | |
| | 傷害醫療 保險金 | 實支實付型 | 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 |
| 每人保險費 | 一個月 | 120 元 | 270 元 | 675 元 | |
| | 三個月 | 280 元 | 630 元 | 1,575 元 | |
| | 六個月 | 520 元 | 1,170 元 | 2,925 元 | |
| | 年 繳 | 800 元 | 1,800 元 | 4,500 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二百萬元

| | | | | |
|------|--------------|------|-----|---|
| 適用條款 | GP039 . 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(以下簡稱貴公司)聲明同意下列事項

- 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。
- 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、壽險公司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。
- 本人(被保險人、要保人)同意貴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。
- 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貴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險別條款約定負給付責任。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就職之變更，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。

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

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

協會
大印

負責人章

| | | | | | | | | |
|-----|-----|----|-----|----|-----------|---------|------|---------|
| 核定 | 初核 | 經辦 | 輸入 | 再保 | 業務員姓名(親簽) | 業務員登錄字號 | 通路代碼 | 業務來源 |
| | | | | | | | 7777 | VP00148 |
| 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。