



# 第一產物保險股份有限公司

## 第一產物女性綜合保險要保書

100.7

總公司地址：台北市忠孝東路一段54號

電話：(02)2391-3271(代表號)

免費申訴電話：0800-288-068

公開資訊查詢網址：<http://www.firstins.com.tw>93.05.11 台財保字第 0930750912 號函核准；100.7.8 依 100.6.9 金管保品字第 10002524863 號令修正；  
100.7.8 一產精字第 1000521 號函備查

幣別：新台幣元

保險單號碼	第		號本單係		第		號續保				
要保人姓名	身分證字號		出生日期		民國		年 月 日				
要保人住所	□□□		與被保險人關係								
被保險人姓名	身分證字號		出生日期		民國		年 月 日				
服務單位	工作性質		□已婚 □未婚								
被保險人所住	□同要保人住所		□□□								
聯絡電話	(H)		(O)		行動電話：						
身故金受益人	□法定繼承人 □指定受益人		／與被保險人關係：								
保險期間	自民國 年 月 日午夜十二時起一年。										
被保險人是否已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(請勾選) (1) 實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (2) 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
承保範圍及項目				保險金額			自負額				
第三人責任保險				每一意外事故體傷及財損之保險金額			免				
				保險期間內之最高賠償金額							
身故或殘廢保險金				一般意外事故			無				
				交通意外事故							
				搭乘公共交通工具意外事故							
個人攜帶物品損失保險				最高賠償限額：			每一次事故損失之 30%				
費用補償保險				急難救援費用			最高賠償限額：				
				住院家事代勞費用			每日賠償限額：_____元		無		
				喪葬費用			保險期間累計最高賠償金額：_____元				
傷害醫療保險給付附加條款				傷害醫療保險金							
				傷害(住院)醫療慰問金		一般傷害醫療慰問金					
						顏面傷害醫療慰問金					
						加護病房傷害醫療慰問金					
本保單適用特約條款				總保險費							
核定	初	核	經	辦	輸	入	再	保	業務代號	經紀人	
							通路代碼				
聯絡人姓名：							電話：		業務來源		

※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殘廢，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，殘廢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殘廢等級計算。被保險人為未滿十五歲之未成年人，或精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力之人者，其給付依保險法第一百零七條規定辦理。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(92.12.29 財政部台財保第 0920073327 號函(公會版);99.02.10 產健字第 018 號函備查(公會版))。

※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。

## 被保險人告知及聲明事項

※被保險人注意事項：要保人及被保險人對下列告知事項應據實告知並親自填寫，如有隱匿、遺漏或不實之說明，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。

※被保險人未以「全民健康保險被保險人」身份治療者，本公司僅給付被保險人實際醫療費用之百分之七十。

被保險人告知事項	是	否	左列各項答覆為「是」請詳加說明。如有診療記錄請告知診治日期、期間、項目及結果。
1. 目前身體機能是否有下列障害？如有請於 <input type="checkbox"/> 內打√。 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 失明。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>(2) 曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表○·三以下。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>(3) 聾。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>(4) 曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>(5) 啞。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>(6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>(7) 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> </ul>			
2. 過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？如有請於 <input type="checkbox"/> 內打√。 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) <input type="checkbox"/>高血壓症(指收縮壓 mmHG 以上/舒張壓 mmHG 以上)、 <input type="checkbox"/>狹心症、<input type="checkbox"/>心肌梗塞、<input type="checkbox"/>先天性心臟病、<input type="checkbox"/>主動脈血管瘤。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>(2) <input type="checkbox"/>腦中風(腦出血、腦梗塞)、<input type="checkbox"/>腦瘤、<input type="checkbox"/>癲癇、<input type="checkbox"/>智能障礙(外表無法明顯判斷者)、<input type="checkbox"/>精神病、<input type="checkbox"/>巴金森氏症。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>(3) <input type="checkbox"/>癌症(惡性腫瘤)、<input type="checkbox"/>肝硬化、<input type="checkbox"/>尿毒、<input type="checkbox"/>血友病。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>(4) <input type="checkbox"/>糖尿病。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>(5) <input type="checkbox"/>酒精或藥物濫用成癮、<input type="checkbox"/>眩暈症。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> <li>(6) <input type="checkbox"/>視網膜出血或剝離、<input type="checkbox"/>視神經病變。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></li> </ul>			
3. 被保險人有無兼業？ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

## 聲 明 事 項

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)同意貴公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
2. 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、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
3. 本人(被保險人、要保人)同意貴公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。
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。

※ 要保人茲特聲明：本要保書所填各項，均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事，足為與 貴公司訂立保險契約之基礎，要保人並願接受該保險契約各項條款及規定之約束。

※ 本人(被保險人、要保人)已確認告知事項及聲明事項內容，請於下方欄位簽名。

要保人簽章：

被保險人簽章：

法定代理人簽章：

要保日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日