



第一產物保險股份有限公司

106.07.14一產精字第1060226號函備查
公開資訊查詢網址: http://www.firstins.com.tw
免費申訴電話: 0800-288-068

總公司地址: 台北市忠孝東路一段54號 電話: (02)23913271代表處

第一產物住宅綜合保險 (A式) 要保書

立要保書人願依照 貴公司有關住宅綜合保險條款之約定, 將下列標的物要保住宅綜合保險, 並聲明下列各款之說明均屬真實無訛, 足為訂立正式保險契約之根據, 特立本要保書存證。 幣別: 新臺幣元

保險單號碼	第	號本單係	號續保	正本	副本
※被保險人	※身分證字號或統編/出生年月日			單位	業務員服務人員
※要保人	※代表人			業務來源	通路代號
※通訊地址	郵遞區號	聯絡人 宅: 電話			公:
※保險期間	個月	自民國 年 月 日	中午十二時起	抵押 銀行放款帳號:	至民國 年 月 日
※保險標的物所在地址	郵遞區號	縣市	鄉鎮區	路街	段巷弄號樓之
※建築物	本體	<input type="checkbox"/> 鋼骨混凝土(水泥)造 <input type="checkbox"/> 鋼筋混凝土(水泥)造 <input type="checkbox"/> 磚造 <input type="checkbox"/> 加強磚造 <input type="checkbox"/> 金屬(鐵皮)造 <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 石造 <input type="checkbox"/> 其他			
	屋頂	<input type="checkbox"/> 水泥平屋頂 <input type="checkbox"/> 木屋頂 <input type="checkbox"/> 瓦屋頂 <input type="checkbox"/> 金屬屋頂 <input type="checkbox"/> 石棉板屋頂 <input type="checkbox"/> 其他			
	使用面積(含公共設施)	坪	建造年份	民國 年	總樓層數
財物損失險(A式)	1.火災 2.閃電雷擊 3.爆炸 4.航空器及其零配件之墜落 5.機動車輛碰撞 6.罷工、暴動、民眾騷擾、惡意破壞行為 7.意外事故所致煙燻 8.竊盜 ※因上述危險事故之發生, 為救護保險標的物, 致保險標的物發生損失者, 視同承保危險事故所致之損失。 ※每一次竊盜事故賠償金額以新臺幣十萬元為限, 保險期間內累計賠償金額最高以新臺幣二十萬元為限。 每一事故自負額為新臺幣五千元。				
住宅玻璃保險	1.每一次事故賠償金額以新臺幣一萬元為限, 保險期間內累計賠償金額最高以新臺幣二萬元為限。 2.被保險人對於每一次事故之賠償金額, 須先行負擔新臺幣一千元, 本公司僅就理算後應賠償金額超過部分負賠償責任。				
建議投保金額(含建築物及其內動產)				※保險金額	保險費
坪數	10以下	11-20	21-30	31-40	41-50
保險金額	100萬	150萬	250萬	350萬	450萬
住宅地震基本保險	僅承保建築物, 惟保險金額最高以150萬元為限				
第三人責任保險	每一意外事故之體傷死亡及財物損害責任				
(每一事故自負額1,000元)	保險期間內之最高賠償金額				
<input type="checkbox"/> 第一產物住宅綜合保險輕損地震損失附加條款					
<input type="checkbox"/> 第一產物住宅地震超額保障附加條款					
<input type="checkbox"/> 第一產物住宅綜合保險附加傷害保險 <small>*本附加傷害險之保障範圍以主保險契約所列危險事故引起之意外傷害事故所致者為限。</small>	身故(喪葬費用)或殘廢保險金				
	傷害醫療保險金	<input type="checkbox"/> 甲型 實支實付傷害醫療保險金			
		<input type="checkbox"/> 乙型 傷害醫療保險金住院日額			
<input type="checkbox"/> 丙型 實支實付傷害醫療保險金					
<input type="checkbox"/> 丙型 傷害醫療慰問金					
<input type="checkbox"/> 抵押權附加條款				總保險費	
※有否向其他保險公司投保	同一保險標的物, 如同時向其他保險人投保相同之住宅火災保險, 要保人或被保險人應立即將其他保險人之名稱及保險金額通知本公司。				
其他保險公司名稱	保險單號碼	保險標的物	保險金額	複保險查詢序號(本公司人員填寫)	
備註 (請註明: 貸款戶: <input type="checkbox"/> 1.新貸 <input type="checkbox"/> 2.增貸/續貸 <input type="checkbox"/> 3.轉貸 <input type="checkbox"/> 6.次順位貸款 非貸款戶: <input type="checkbox"/> 4.新保 <input type="checkbox"/> 5.續保)					
聲明事項	1.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。 2.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。				
※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 <input type="checkbox"/> 是					
要保人簽章	與被保險人關係			要保日期 年 月 日	
保經代填寫欄	分行/單位代號	員工編號	業務員登錄字號	業務員簽名	經紀人或代理人簽署章
保險公司填寫欄	核保	校對	再保	輸入	業務員/服務人員簽名及登錄字號

※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。
 ※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。
 ※本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。
 ※保險契約物設定有抵押權者, 即適用抵押權附加條款, 除臨時住宿費用給付被保險人外, 應給付之住宅火災保險保險金在債權範圍內, 優先清償抵押權人, 應給付之住宅地震基本保險保險金, 則以(2)為限在債權範圍內優先清償抵押權人。

第一產物住宅綜合保險附加傷害保險投保明細表

被保險人	身分證字號	保險金額			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？	身故保險金受益人	被保險人簽章 (未成年者法定代理人需同時簽章)
		身故或(喪葬費用)殘廢保險金	實支實付傷害醫療保險金	傷害醫療保險金住院日額(慰問金)			
與要保人關係	出生年月日				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	與被保險人關係	
		萬	萬	元			
身故受益人聯絡電話：		地址：□□□			※若身故保險金受益人指定為法定繼承人或要保人不同意填寫受益人聯絡地址及電話，本公司將以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故保險金受益人之通知依據。		
		萬	萬	元	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
身故受益人聯絡電話：		地址：□□□			※若身故保險金受益人指定為法定繼承人或要保人不同意填寫受益人聯絡地址及電話，本公司將以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故保險金受益人之通知依據。		
		萬	萬	元	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
身故受益人聯絡電話：		地址：□□□			※若身故保險金受益人指定為法定繼承人或要保人不同意填寫受益人聯絡地址及電話，本公司將以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故保險金受益人之通知依據。		

被保險人告知及聲明事項

※被保險人注意事項：

1. 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，如有為隱匿或遺漏不為說明，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。
2. 被保險人前往「全民健康保險特約醫療機構」以外之醫院或診所治療，或未以「全民健康保險被保險人」身份治療者，本公司就其實際醫療費用之百分之七十，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」。
3. 本保險須經被保險人簽章後始生效力。

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□內打√。 (1) 失明。 (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。 (3) 聾。 (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。 (5) 啞。 (6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 (7) 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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□內打√。 (1) □高血壓症(指收縮壓140 mmHG以上/舒張壓90 mmHG以上)、□狹心症、□心肌梗塞、□先天性心臟病、□主動脈血管瘤。 (2) □腦中風(腦出血、腦梗塞)、□腦瘤、□癲癇、□智能障礙(外表無法明顯判斷者)、□精神病、□巴金森氏症。 (3) □癌症(惡性腫瘤)、□肝硬化、□尿毒、□血友病。 (4) □糖尿病。 (5) □酒精或藥物濫用成癮、□眩暈症。 (6) □視網膜出血或剝離、□視神經病變。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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(以下簡稱 貴公司)聲明同意下列事項：

1. 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。
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。
3. (1) 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。
(2) 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。
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。