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

第一產物僱主意外責任保險要保書

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	□新保 □續保		保單份數	正本： 副本：
要保人				統一編號	
要保人住所（通訊處）	□□□□□				
被保險人				統一編號	
被保險人經營業務處所	□□□□□				
被保險人經營業務種類				業務種類代號	
保險期間	自民國　　年　　月　　日　　時起至民國　　年　　月　　日　　時止				

保險金額		每一意外事故自負額
每一個人體傷責任之保險金額		
每一意外事故體傷責任之保險金額		
保險期間內之最高賠償金額		

適用條款代號				總保險費	
受僱人數	人	受僱人投保人數	人(請填寫要保明細表)	保險期間內估計薪資總額	
社會保險投保狀況	勞工保險投保狀況 □全部投保　□均無投保 □部份投保，請說明_____	全民健保投保狀況 □全部投保　□均無投保 □部份投保，請說明_____		其他保險	說明_____
工程名稱	〈請檢附工程合約書〉			工程代號	
定作人名稱				承包工程合約金額	
施工處所					
附加投保事項	第一產物僱主意外責任保險職業災害補償附加條款(EM004B)	□是，附加投保，請填寫要保明細表。 □否，不需投保。			

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。

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。

此致

第一產物保險股份有限公司

要保人簽名蓋章：_____

要保日期：_____年_____月_____日

本公司內部作業專用欄位	核定	初核	經辦	再保	分保收件	業務員： 業務員登錄證：	代理人/經紀人
						服務人員：	
	行銷通路	—					

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

第一產物僱主意外責任保險
被保險人受僱人要保明細表

保險單號碼：　　字第　　號　　幣別：新台幣元

編號	受僱人姓名	出生日期〈民國年/月/日〉	身分證字號〈或護照號碼〉	單位〈或職稱〉	本保險月投保薪資	勞工保險月投保薪資	保險金額〈單位：萬元〉	保險費

※　如不敷填寫時，請另附受僱人要保資料。
※　本要保明細表為保險契約之一部份。

此致

第一產物保險股份有限公司

要保人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日　　期：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日