

一保e守護

團體傷害險(甲型)專案



保障內容/計劃別(主約)	計劃一	計劃二	計劃三	計劃四
職業類別	1~4類	1~4類	1~4類	1~2類
一般意外身故失能保險金	100 萬元	200 萬元	300 萬元	500 萬元
重大燒燙傷保險金(比例)	25 萬元	100 萬元	100 萬元	100 萬元
公共交通工具意外傷害事故身故失能保險金	100 萬元	200 萬元	300 萬元	500 萬元
電梯及火災意外傷害事故身故失能保險金	100 萬元	200 萬元	300 萬元	500 萬元
一至六級失能生活扶助保險金	10 萬元	10 萬元	20 萬元	20 萬元
5人(含)以上保險費/年繳	640 元	1,300 元	1,920 元	3,150 元
50人(含)以上保險費/年繳	545 元	1,110 元	1,630 元	2,680 元
100人(含)以上保險費/年繳	515 元	1,050 元	1,530 元	2,280 元

幣別：新台幣元

承保範圍及項目		方案一	方案二	方案三
職業類別		1~4類	1~4類	1~3類
傷害醫療 保險金	實支實付型	1 萬元	3 萬元	5 萬元
	住院日額型(每一事故最高90天)	1,000 元	2,000 元	2,000 元
	骨折未住院	最高補償3萬	最高補償6萬	最高補償6萬
	加護病房住院慰問保險金(每一事故最高60天)	1,000 元	2,000 元	2,000 元
	重大燒燙傷病房日額保險金(每一事故最高90天)	1,000 元	2,000 元	2,000 元
	出院療養定額給付(每次事故以1次為限)	1,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次
	意外門診手術醫療保險金	1,000 元	2,000 元	2,000 元
	救護車費用保險金(限額)/每一事故以3次為限	1,000 元	1,000 元	1,000 元
	急診費用保險金(限額)/每一事故以3次為限	100 元	100 元	100 元
	5人(含)以上保險費/年繳	475 元	870 元	929 元
50人(含)以上保險費/年繳	380 元	700 元	745 元	
100人(含)以上保險費/年繳	350 元	650 元	695 元	

一、承保對象

1. 出單投保人數至少5人以上且佔全部員工(成員)75%以上。
2. 要保單位為法人團體，且為正常營運之企業或機關，保險費需全部由要保單位付費。本專案不適用於職業工會、協會、公會等團體。
3. 被保險人為要保單位之員工(成員)，不含眷屬。
4. 承保年齡：15足歲至70歲，續保可至75歲。
5. 職業類別：第1~4類且非本公司不承保人員。(依第一產物傷害險職業類別分類表104.03版為準)
6. 保險期間：一年。

二、被保險人從事下列工作，不予承保

1. 板模工、石棉瓦及浪板安裝工、資源回收站分類人員、環保資源回收車司機(隨車人員)、消防人員(包含火場指揮人員、義消、替代役消防員)、軍職人員(固定上下班之行政及內勤人員不在此限)、警察(警務行政及內勤人員不在此限)、海上作業人員、高空作業人員、電信/電力高壓電從業人員、空勤員(空姐、空少及機長等相關人員)、航空公司飛行訓練學員、直升機、輕航機航空器駕駛人員、礦坑道(內、外)工作人員、有毒物品或火藥爆竹製造人員、爆破、潛水工作人員、馴獸師、特技演員、漁船船員、戰地記者、救難小組、泛舟安全人員、從事危險運動者、職業運動員(3類以上)。
2. 職業分類表第五~六類、拒保類及本公司不承保人員。(其他未明列之不保職業，依本公司傷害保險職業分類表104.03版為主)。

三、注意事項

1. 消費者投保前應審慎瞭解本保險商品，並請銷售人員詳細說明保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險之內容。
2. 失能保險金或醫療保險金之受益人為被保險人本人；身故保險金限指定被保險人之家屬，若非指定被保險人之家屬，則以被保險人之法定繼承人為限。
3. 同一被保險人在本公司一般意外身故傷害保險，其有效保單第1、2類以500萬元為限；第3、4類以300萬元為限，但經本公司同意承保者不在此限。
4. 同一被保險人投保本公司意外傷害保險，其有效保單身故或失能保險金(一般意外身故及特定事故)、重大燒燙傷保險金等，保額合計以新台幣貳仟參佰萬元為限，但經本公司同意承保者不在此限。
5. 第一產物保留承保與否之權利，其他未盡事宜悉依保單條款辦理。
6. 本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實於醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。

投保注意事項

商品核准、核備及備查文號：

108.02.26一產精字第1080167號函備查、108.09.20依108.04.09金管保壽字第10804904941號函及108.06.21金管保壽字第10804920500號函修正、108.02.26一產精字第1080175號函備查、108.09.20依108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正、108.02.26一產精字第1080173號函備查、108.07.18一產精字第1080570號函備查、108.08.12一產精字第1080747號函備查、108.08.12一產精字第1080748號函備查、108.02.26一產精字第1080174號函備查、91.06.06台財保字第0910750423號函核准、93.12.16一產意字第931376號函核備、108.05.15一產精字第1080465號函備查、99.1.29一產精字第990110號函備查、103.06.23一產精字第1030441號函備查、109.03.02一產精字第1090112號函備查、92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)、107.9.14依107.7.18金管保壽字第10704938160號函修正

※消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率(預定附加費用率)最高28%，最低28%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話0800-288-068)或網站(網址<https://www.firstins.com.tw>)，以保障您的權益。



第一產物保險股份有限公司

台北市忠孝東路一段54號 電話(02)2391-3271

免費申訴電話：0800-288-068

公開資訊查詢：<https://www.firstins.com.tw>

第一保服務人員/業務員



第一產物保險股份有限公司

第一產物團體傷害保險(甲型)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。

109.06.20 一產精字第 1090366 號函送保險商品資料庫

保單號碼	第	號本單係	號續保	份數	正本	份
要保人		統一編號		營業性質		
要保人住所				聯絡電話		
保險期間	自民國	年	月	日零時起至民國	年	月
被保險人	詳被保險人名冊	總投保人數	人	要保人與被保險人關係		

幣別：新台幣元

承保範圍及項目		計畫一	計畫二	計畫三	計畫四
職業類別		1-4 類	1-4 類	1-4 類	1-2 類
主約(含附加條款)	一般意外身故失能保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
	重大燒燙傷比例保險金	25 萬	100 萬	100 萬	100 萬
	公共交通工具意外傷害身故失能保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
	電梯及火災意外傷害身故失能保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
	一至六級失能生活扶助保險金	10 萬	10 萬	20 萬	20 萬

每人保險費	640 元	1,300 元	1,920 元	3,150 元
-------	-------	---------	---------	---------

承保範圍及項目		方案一	方案二	方案三
職業類別		1-4 類	1-4 類	1-3 類
傷害醫療 附約	傷害醫療 實支實付型 住院日額型(每次事故最高給付 90 日)	1 萬元	3 萬元	5 萬元
	加護病房住院慰問金(每次事故最高給付 60 日)	1,000 元	2,000 元	2,000 元
	重大燒燙傷病房日額保險金(每次事故最高給付 90 日)	1,000 元	2,000 元	2,000 元
	出院療養保險金(每次事故以一次為限)	1,000 元	2,000 元	2,000 元
	意外門診手術醫療保險金	1,000 元	2,000 元	2,000 元
	緊急救護費用 救護車費用(限額)(每次事故以 3 次為限)	1,000 元	1,000 元	1,000 元
	緊急救護費用 急診費用(限額)(每次事故以 3 次為限)	100 元	100 元	100 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

每人保險費	475 元	870 元	929 元
-------	-------	-------	-------

總保險費	新台幣	元	適用條款
------	-----	---	------

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：

- 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」。
- 於貴公司要求時，應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。
- 舉凡要保明細表之陳述及隨後職職之變更，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。
- 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

※以下由第一產物填寫

核保	經辦	業務員姓名 業(親簽)	業務員登錄 字號	通路 代碼	業務來源
					VP00107

※以下由保經代填寫

單位代號	業務員姓名 (親簽)	業務員登錄 字號	保經代簽署 人章	專案 名稱
				一保 e 守護(5人以上)

※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。

要保單位：

第一產物團體傷害保險(甲型)被保險人要保明細表

明細表 編號	被保險人	身分證字號	出生年 月日	性別	工作性質	職業 類別	國籍 (如為外國籍，請填 寫國別)	承保項目		每人保費	身故受益人	與被保險 人關係	被保險人 簽章
								傷害保險主約	傷害醫療附約				
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			
							<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二	<input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二			

身故保險金受益人聯絡地址： _____ 聯絡電話：_____

※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。

注意事項：一、本保險須經被保險人簽章後始生效力。
二、本要保明細表為保險契約之一部份。
三、本專案商品內容詳附表說明。
四、若身故受益人指定非為法定繼承人，需填寫身故受益人明細表。

- 1.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 是 否 (2)實支實付型醫療保險 是 否
- 2.被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? 是 否 如勾選是者，請提供。
- 3.被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)? 是, 否 如勾選是者，請提供相關證明文件。

此致

第一產物保險股份有限公司

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 要保單位/負責人簽章：_____

第一產物團體傷害保險(甲型)身故受益人明細表

要保單位：

明細表 編號	被保險人	身故受益人 1					身故受益人 2				
		姓名	身分證字號	出生 年月日	與被保險人 關係	國籍 <small>(如為外國籍，請填寫國別)</small>	姓名	身分證字號	出生年 月日	與被保險人 關係	國籍 <small>(如為外國籍，請填寫國別)</small>
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____
						<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____					<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____

傷害暨健康保險投保須知**一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。**

說明：保險業務員管理規則第六條規定：「業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。」如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。

說明：(一)保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明」又「要保人有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」

「前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。」

(二)因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書內各項內容，都需要詳實說明或填寫清楚，不能有過失遺漏、故意隱瞞或告知不實情事。(例如：被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？應據實告知)否則，保險公司在契約訂定後，知有解除原因後一個月內行使解除契約權；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人(或被保險人)能證明保險事故發生原因與未告知事項無關。且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

三、保險契約的終止。

說明：要保人得隨時終止本契約。

(一)契約之終止，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。

(二)要保人約定終止本契約時，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將未滿期保險費退還要保人，計算及收取方式詳保單條款。

四、除外責任：

說明：(一)保險公司依照保險法規定，有依保單條款規定之除外責任，可以不負賠償責任。

(二)保險單條款都有詳細明訂各種除外責任之範圍，可以參閱。

五、契約的保險期間及續保。

說明：(一)契約的保險期間為一年。

(二)保險期間屆滿時，經本公司同意後，要保人得交付續保保險費，使本契約繼續有效。

六、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知道您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

七、被保險人未滿十五足歲之未成年人，或受監護宣告尚未撤銷者，其身故保險金給付之限制。

說明：(一)訂立本契約時，以未滿十五足歲之未成年人為被保險人，僅給失能保險金，其身故保險金之給付於被保險人滿十五足歲之日起發生效力。

(二)以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其喪葬費用保險金額總和(不限本公司)，不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費用扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。

八、本保險商品受財產保險安定基金之保障。**九、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：**

說明：(一)要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向投保之保險公司提出申訴。

(二)要保人或被保險人不接受處理結果或保險公司逾三十日未處理者，自期限屆滿之日起六十日內，向保護法規定設立之爭議處理機構申請評議或行政院金融監督管理委員會(金管會)申訴。

(三)如因保險契約爭議涉訟者，依據各險示範條款之約定，以要保人住所地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所不在中華民國境外時，則以雙方約定之地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

傷害暨健康保險要保書填寫說明**一、「業務員登錄證」？**

業務員登錄證係業務員所屬之保險代理人或保險經紀人公司依財政部公佈之「保險業務員管理規則」核發，為具有招攬保險之資格證件，業務員招攬保險時，應出示登錄證，並詳細告知授權範圍。

二、什麼是要保書？

要保書是指要保人向保險公司申請投保時所填寫的書面文件。

主要內容包括：要保人與保險標的之基本資料等。

三、誰來填寫要保書？

要保書應由要保人及被保險人本人就有關內容親自填寫並簽名，若要保人或被保險人為未成年人(未滿二十足歲)訂立保險契約時，需經其法定代理人的同意，並於要保書上簽名。但已婚者，不在此限。

四、什麼是「要保人」？

要保人是指對保險標的具有保險利益，向保險人申請訂立保險契約，並負有交付保險費義務之人，其權利及義務為：

(一)權利：1. 指定各類保險金之受益人。

2. 申請契約變更。

3. 終止契約。

(二)義務：1. 繳納保險費。

2. 被保險人職業或職務變更及保險事故發生之通知。

3. 告知義務。

五、什麼是「被保險人」？

所謂被保險人，指保險事故發生時，遭受損害，享有賠償請求權之人。

六、「要保人」與「被保險人」之間必須有什麼關係？

要保人對被保險人須有保險利益，才可以訂立保險契約，而依保險法第十六條之規定，要保人對於下列各人之生命或身體，有保險利益。

(一)本人或其家屬。

(二)生活費或教育費所仰給之人。

(三)債務人。

(四)為本人管理財產或利益之人。

七、什麼是「受益人」？

(一)所謂「受益人」係指被保險人或要保人約定享有賠償請求權之人。

(二)受益人通常除有請求保險金之權利外，並可基於利害關係人之身分代繳保險費。

(三)受益人之義務則應於知悉保險事故發生後通知保險公司。

八、受益人怎麼指定？

受益人由要保人指定，人數無限制，中途得以變更，次數亦無限制。

九、要保書上要填寫什麼「地址」？有何重要性？

要保書上要填寫的地址係指要保書上保險公司收取續期保險費及相關文件的寄送地址。地址如有變更，應立即通知保險公司。

十、什麼是「告知事項」？

告知事項主要為要保書中有關被保險人身體狀況等之詢問事項。應據實說明，如有故意隱匿、或過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。

十一、要保書中對健康狀況的告知義務年期或期間(「過去兩年」、「最近兩個月」、「過去五年」等期間)如何認定？

以要保人填寫要保書所載之申請日期起回溯計算兩個月、兩年、五年稱之。

十二、什麼是「健康檢查有異常情形」？

(一)健康檢查結果異於檢查標準的正常值或參考值者。

(二)醫師要求或建議作進一步追蹤、檢查或治療者。

十三、什麼是「治療、診療或用藥」？

(一)治療：針對疾病、傷害等異常現象直接加以手術、用藥或物理治療、心理治療等。

(二)診療：對於身體狀況有異常之問診、檢查或治療。

(三)用藥：服用、施打或外敷藥品。

十四、「住院七日以上」怎麼認定？

(一)自辦理住院手續當日至辦理出院手續當日止。

(二)前述計算方式，中間如遇有轉院等中斷住院之情形時，需連續計算在內。

十五、對要保書中告知事項所列疾病名稱有疑問時，該怎麼辦？

(一)詢問診斷醫師。

(二)請洽本公司免費服務電話詢問。電話號碼為：0800-288-068。

十六、要保書還有什麼附件？

除了要保書本身之外，尚有投保人須知、要保書填寫說明及保險單條款樣張或影本等附件，提供給要保人及被保險人於填寫要保書參考。



<input type="checkbox"/> 新保件		<input type="checkbox"/> 續保件(保單號碼: _____)		<input type="checkbox"/> 公費件		<input type="checkbox"/> 自費件	
要保人	客戶屬性: <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)		統 編	公司成立時間: _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	營業項目 <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一 所列職業			註一: (請勾選) <input type="checkbox"/> 01 律師、會計師、公證人, 或是其合夥人或受僱人。 <input type="checkbox"/> 02 軍火商、不動產經紀人。 <input type="checkbox"/> 03 當舖業、融資從業人員。 <input type="checkbox"/> 04 寶石及貴金屬交易商。 <input type="checkbox"/> 05 藝術品/骨董交易商、拍賣公司。 <input type="checkbox"/> 06 基金會、協會/寺廟、教會從業人員。 <input type="checkbox"/> 07 博弈產業/公司。 <input type="checkbox"/> 08 匯款公司、外幣兌換所。 <input type="checkbox"/> 09 外交人員、大使館、辦事處。 <input type="checkbox"/> 10 虛擬貨幣的發行者或交易商。			
法人負責人	法人註冊地		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (如為外國請填寫國別)				
※ 被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如:中央或民意代表、公務機關首長?)... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 請說明 _____ ※ 要保人購買保險商品時, 是否對於保障內容或給付項目完全不關心, 抑或對於其高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品, 僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序?..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 註二:本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施, 故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。 註三:專業客戶:要保人或被保險人符合以下條件之一者: (1) 依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構:國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構;國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產;其他經主管機關認定之機構。 (2) 要保人或被保險人為法人, 接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。							
總投保人數		員工: _____ 人;		眷屬: _____ 人			
去年投保公司				損失率			
工作內容		(第 _____ 類 _____ 人)		保險(方案)金額		(第 _____ 類 _____ 人)	
工作內容		(第 _____ 類 _____ 人)		保險(方案)金額		(第 _____ 類 _____ 人)	
工作內容		(第 _____ 類 _____ 人)		保險(方案)金額		(第 _____ 類 _____ 人)	
一、被保險人目前之身體機能是否有發生下列情形者?..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (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 0.3 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。 二、過去二年內被保險人是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥者?..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (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。 ※以上若有勾選『是』, 請說明: _____							
1. 要保單位前三年度平均營業額: <input type="checkbox"/> 100 萬以下、 <input type="checkbox"/> 100 萬-150 萬、 <input type="checkbox"/> 500 萬以上; 資本額: _____ 萬 (要保單位為非營利團體者: 如政府、學校、協會、基金會等免填營業額及資本額) 2. 招攬經過? <input type="checkbox"/> 既有客戶 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 3. 購買本保險之目的? <input type="checkbox"/> 生活保障 <input type="checkbox"/> 風險轉移 <input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 4. 招攬人員已充分瞭解客戶繳交保險費之資金來源為: <input type="checkbox"/> 工作或營業收入 <input type="checkbox"/> 存款 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 解約保費 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 5. 要保人及被保險人投保前三個月內是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款之情形?..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 6. 要保人是否已投保其他保險公司之商業保險?..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 7. 招攬時, 是否已確認要保人及被保險人符合投保之條件?..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 8. 招攬時是否確實瞭解要保人/被保險人之投保目的及保險需求, 並經綜合考量財務狀況及付費能力, 分析與評估保費、保額需求間之適當性?..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 9. 招攬時是否確實使要保人瞭解本次繳交保險費係用以購買保險商品?..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 10. 招攬時是否已確認要保人、被保險人及受益人身分(身分證、護照、駕照或戶口名簿等)及親晤要保相關文件係由要保人、被保險人及法定代理人親自簽名無誤?..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 11. 招攬時是否已確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係, 並確認告知受益人之指定或變更須經被保險人同意?..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※若身故受益人非指定被保險人之配偶、直系親屬或法定繼承人(順位及應得比例適用民法繼承編相關規定), 請說明原因: _____ 12. 若有其他有利於核保資訊, 請說明: _____							
※以上保險需求及適合度分析評估暨業務員報告書各欄填寫均屬確實, 特此聲明。							
業務員簽名: _____ 登錄字號: _____				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">保經代 簽署章</div>			
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日							