

105年度 大專院校校外實習學生 團體保險

第一產物保險股份有限公司

營業二部 蔡承璋

大綱

- 保險內容
- 投保流程及注意事項
- 隨需平台
- 理賠服務及理賠流程
- Q&A

保險內容—契約期間

自 105年8月16日起

至 106年7月31日止

保險內容—保險金額

保障內容	給付項目	保險金額
主險— 傷害保險	殘廢或死亡	200萬元/每人
附加險— 傷害醫療	門診實支實付及 傷害住院給付每日1,000元	5萬元/每人最高

*1、殘廢按殘廢程度與保險金給付表最低5%，最高100%(11級79項)。

*2、門診實支實付及傷害住院給付每日1,000元，每人最高理賠金額5萬元。

承保對象

係指教育部所轄之各級公、私立大專院校具有學籍之校外實習生且實際年齡達15歲以上。

- *不包含陸生—該類型學生投保，請另洽各區服務窗口詢問。
- *學生海外實習納入合約承保範圍，僅有部分國家不予列入(如：北韓、古巴、敘利亞..等)，投保前亦可先洽各區服務窗口詢問。
- *每張保單投保人數需達5人以上，未滿5人—可洽各區服務窗口詢問。

保險範圍

被保險人於保險契約有效期間內(如於本契約生效後加保之被保險人,則係指加保之翌日起),因遭受意外傷害事故,以致身故、殘廢、需要門診或住院治療者,本公司依照本契約書之約定給付保險金。

*前項所稱意外傷害事故,係非由疾病引起之外來突發事故

*相關除外責任及不保事項詳保單條款

傷害保險身故或殘廢保險金

★傷害保險身故或殘廢保險金，保險金額200萬元。

身故：被保險人於本保險契約有效期間內遭受意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內致成死亡者。

殘廢：被保險人於本保險契約有效期間內遭受意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內致成「殘廢程度與保險金給付表」所列殘廢程度之一者，本公司按本契約保險單上所記載該被保險人之保額金額為準，依「殘廢程度與保險金給付表」所列比例計算給付「殘廢保險金」。

*殘廢按殘廢程度與保險金給付表最低5%，最高100%
(11級79項)

傷害醫療保險給付

★意外門診醫療給付

★傷害住院醫療給付，每日1,000元

被保險人於本保險契約有效期間內遭受意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內，經登記合格的醫院或診所治療者，本公司就其實際醫療費用給付。

最高給付總額50,000元

傷害醫療保險給付之限制

倘被保險人：

- 不以全民健康保險之身分治療
- 被保險人之醫療費用不屬全民健保給付範圍
- 被保險人前往不具有全民健保之醫院或診所治療者，致該項醫療費用無法獲得全民健康保險給付

本公司依被保險人實際支付之該項醫療費用之70%給付，但最高給付金額仍受前項之限制

保險費

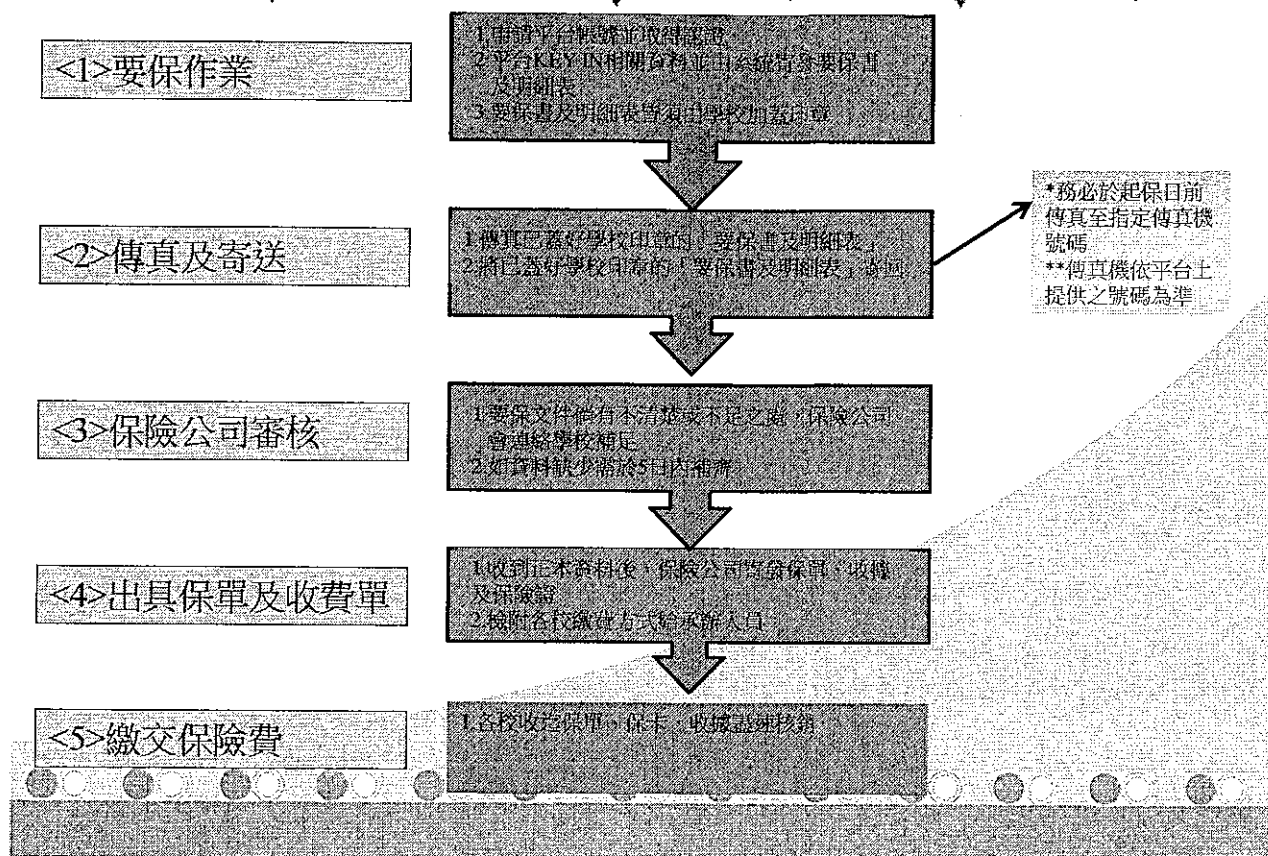
保險費：NT\$303/每人/每年

短期費率表：

期間	1個月	2個月	3個月	4個月	5個月	6個月	7個月	8個月	9個月	10個月	11個月	12個月
係數	0.15	0.25	0.35	0.45	0.55	0.65	0.75	0.8	0.85	0.9	0.95	1
保費	45元	76元	106元	136元	167元	197元	227元	242元	258元	273元	288元	303元

投保流程及注意事項

第一條



第一條

隨需平台網址

- <http://edu.firstins.info>
- 瀏覽器如無法開啟可用google chrome
- 客戶查詢流程:

完成註冊 → 審核通過 → 是否出單 → 是否已收費

平台操作說明

第一條大專學院 費用查詢 繳費查詢

請輸入學校的唯一代碼，系統將自動帶出所屬的大專學院。

*如有錯誤可以修正

※國家機關及行政人員填報時，系統名稱請選擇「行政單位」！
 ※保險期間由「學校名稱」地址、負責人，系統將自動帶出正確之代碼，請先自行輸入，再系統自動帶出正確之代碼進行更新！此類型的配合！

1. 輸入學校統編
 2. 系統自動帶入資料
 3. 選擇系所名稱
 (有行政單位供選擇)
 4. 輸入承辦人員資料及
 設定email&密碼

系統自動計算保費

5. 選擇保險期間從次日
 零時開始
 *無法追溯保期
 6. 學生名冊上傳整批複
 製貼上,生日務必選擇
 民國或西元
 (格式以/區隔)
 7. 確認送出
 9. 列印
 (1) 報表申請書
 *僅初次使用含有
 (2) 要保書及明細表
 10. 系所用印、傳真
 傳真依平台提供為準

學校名稱	國立臺灣師範大學	地址	臺北市大安區和平南路一段162號
系所名稱	一區選擇系所	負責人	張高總
電話	(02)77341111	email	張高總
傳真		網址	http://www.ntnu.edu.tw

選擇期間	1 個月	投保人數	11 人	每人保費	36 元	總保費	396 元
------	------	------	------	------	------	-----	-------

開始日期	105	年	08	月	26	日	開始日期
結束日期	105	年	08	月	24	日	結束日期

序號	姓名	身分證	生日
1	學生姓名	張大龍	1997/12/21
2	學生姓名	張大龍	1997/2/25
3	學生姓名	張大龍	1997/3/17
4	學生姓名	張大龍	1997/2/5

相關文件說明及系統操作

- 附件1. 認證信
- 附件2. 要保書
- 附件3. 明細表
- 附件4. 保險證
- 附件5. 理賠申請書

注意事項

一、被保險人簽名相關事項—

如被保險人指定受益人為父母、配偶、子女等才需簽名

二、要保人用印注意事項—

可使用系所或學校行政單位圓戳章，需有學校名稱

三、繳費—

支票—提供回郵讓學校寄回支票入帳

匯款—請學校提供電匯申請書，後續保費皆電匯入帳

超商—各別告知承辦人員(5萬以內)

*煩請各校窗口於60日內核銷，超過繳費期限會發催收函給學校及主管機關

注意事項

四、隨需平台明細表KEY IN—

1. 明細表身分證字號10碼，如遇特殊姓名或居留證不符合檢核條件時，需先以符合條件方式輸入(可用*取代)，待轉換後再行變更。
2. 明細內容針對「姓名、身分證字號、出生日期」，在貼上名細資料時需針對個別項目一次貼上，不可分段貼上資料。
3. 出生日期可選擇「西元」或「民國」方式輸入，需依照年月日排序資料，並以斜線區隔，例如西元為1982/5/20，民國為71/5/20。

五、團體傷害保險出單限制—

投保人數務必達到5人以上(含)，若低於五人僅可以「個人傷害保險單」投保。

服務區域	姓名	電話及分機	手機
台北市及離島	廖孟慧	02-2391-3271#2564	0928-828-218
	代理人:吳明岳	02-2391-3271#2554	0933-894-383
屏東及高雄	陳又菁	02-2391-3271#2708	0935-549-601
	代理人:唐德鋒	02-2391-3271#2555	0922-882-676
台南、雲林、嘉義及彰化	唐德鋒	02-2391-3271#2555	0922-882-676
	代理人:陳又菁	02-2391-3271#2708	0935-549-601
南投、台東、宜蘭及花蓮	張祐誠	02-2391-3271#2585	0932-328-746
	代理人:吳啟文	02-2391-3271#2539	0919-585-089
桃園	吳啟文	02-2391-3271#2539	0919-585-089
	代理人:張祐誠	02-2391-3271#2585	0932-328-746
苗栗	林祐聖	02-2391-3271#2618	0920-189-933
	代理人:周嘉慶	02-2391-3271#2686	0953-155-780
新竹	蔡漢文	02-2391-3271#2592	0918-682-104
	代理人:周嘉慶	02-2391-3271#2686	0953-155-780
基隆及新北	陳志潔	02-2391-3271#2741	0939-675-687
	代理人:陳韻綾	02-2391-3271#2536	0919-210-898
台中	李寶菁	02-2391-3271#2645	0955-567-772
	代理人:蔡承璋	02-2391-3271#2610	0937-340-519

1. 承保用印資料傳真號碼:
已平台提供之號碼為主
2. 帳號開通相關問題:
02-2371-7890
分機8752 陳美珠
分機8750 黃聖雅
02-2391-3271
分機2610 蔡承璋
3. 免費服務電話:
0800-288-068
4. 全省總窗口:
02-2391-3271
分機2585 張祐誠

理賠服務及理賠流程

◆理賠服務窗口—

02-2370-1799 分機8738 陳建豪 分機8382 董志茂
分機8771 程銘傑 分機8749 何凱傑

地址：台北市中正區延平南路189號7樓

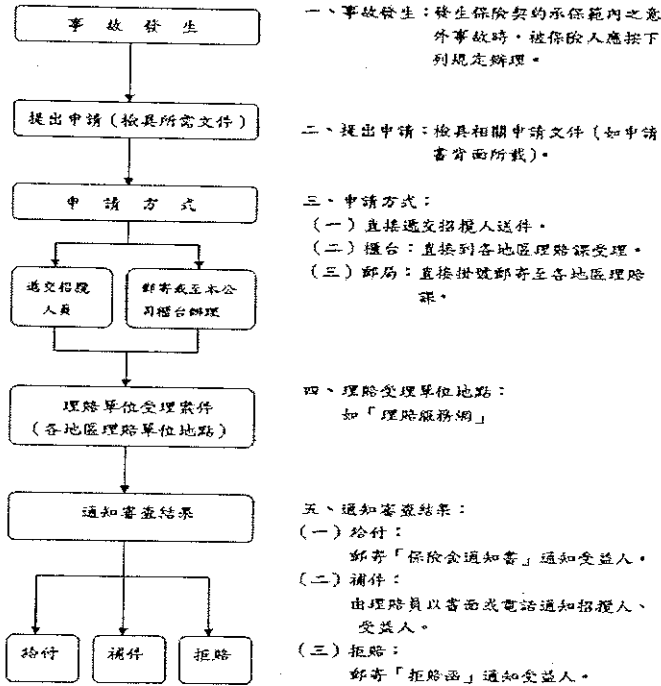
理賠部收

◆理賠流程—

理賠申請文件建議採掛號方式，寄至保險公司

理賠流程

如何申請理賠



理賠應備文件及填表注意事項

正式註冊事項

一、正式註冊事項：凡在保險契約生效前之各項事項，均應於正式註冊事項中，由被保險人或受益人向本公司辦理登記手續。凡未正式註冊事項，本公司概不承認。凡正式註冊事項，應於下列各項事項中，由被保險人或受益人向本公司辦理登記手續。凡未正式註冊事項，本公司概不承認。

事項名稱	應備文件	注意事項
姓名變更	戶口名簿、身分證、印章	應於變更後30日內向本公司辦理登記手續。
地址變更	戶口名簿、身分證、印章	應於變更後30日內向本公司辦理登記手續。
職業變更	職業證明文件	應於變更後30日內向本公司辦理登記手續。
婚姻狀況變更	戶口名簿、身分證、印章	應於變更後30日內向本公司辦理登記手續。
保險金額變更	保險單、保險費	應於變更後30日內向本公司辦理登記手續。
受益人變更	受益人同意書、戶口名簿、身分證、印章	應於變更後30日內向本公司辦理登記手續。
其他事項	相關證明文件	應於變更後30日內向本公司辦理登記手續。

第一保 第一保理賠申請書

1. 申請人姓名：____ 性別：____ 年齡：____ 職業：____

2. 保險契約號碼：____ 保險金額：____

3. 事故發生日期：____ 事故發生地點：____

4. 事故發生經過：____

5. 理賠金額：____

6. 申請人簽名：____ 日期：____

- 附件5.
1. 填寫學生姓名及ID地址部分務必填寫
 2. 工作內容填寫學生實習電話部分務必填寫，如非交通事故沒有處理完警則不用填寫，不過幸發無過及時間地點務必填寫
 3. 選擇賠款方式—建議採取電匯方式提供存摺影本，支票需本人臨櫃領取較為不便
 4. 填寫受害人基本資料
 5. 申請人務必親簽用印，如未滿20歲需監護人簽章並檢附關係證明
 6. 申請人務必親簽用印，未滿20歲需監護人簽章

*地址電話務必填寫以利案件後續處理如有疑問可盡速聯繫

For 第一產物 黃小姐 收
 電話：02-2391-3271 #2330
 傳真：02-6602-1940

承辦人員：蔡承璋 小姐/先生
 承辦電話：0277341111 #2610
 承辦傳真：

大專院校專案【帳號申請單】

帳號 (Email)	waynetsai03@gmail.com		
學校名稱	國立臺灣師範大學	系所	(生態與)環境教育學系
學校電話	0277341111	負責人	張國恩
地址	臺北市大安區和平東路一段162號		

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

第一產物保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第8條第1項及第9條第1項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (一)財產保險(〇九三)
- (二)人身保險(〇〇一)
- (三)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)

二、蒐集之個人資料類別:

要保人、被保險人、受益人、或責任險第三人之姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、病歷、醫療、健康檢查、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。

三、個人資料之來源:

(一)要保人/被保險人(二)司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構(三)當事人之法定代理人、輔助人(四)各醫療院所(五)本公司各項業務內所委託往來之第三人

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式:

- (一)期間:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
- (二)對象:本(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (三)地區:上述對象所在之地區。
- (四)方式:合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定,台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (一)得向本公司行使之權利:
 - 1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 2.向本公司請求補充或更正。
 - 3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二)行使權利之方式:以書面或其他日後可供證明之方式。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響:

台端若未能提供相關個人資料時,本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

註:本公司履行上開告知義務,不限書面或取得當事人簽名,無簽署亦不影響告知效力。

學校名稱: 國立臺灣師範大學 / (生態與)環境教育學系

學校系所蓋章: _____ 系所主管蓋章: _____ 承辦人員蓋章: _____

申請日期: 105 / 08 / 23

※注意事項:上述欄位請蓋章後將本申請單傳真至本公司,以利帳號開通。



第一產物保險股份有限公司

104.09

總公司：台北市忠孝東路一段五四號 電話：二三九一三二七一(代表線)

第一產物團體傷害保險要保書 (大專院校學生適用)

91.06.06 台時保第 0910750423 號函核准：104.09.07 一產請字第 1040680 號函通保險商品資料庫

營業電話：02-288-0688

※公開資訊查詢網址 <http://www.firstins.com.tw>

保險單號碼	第	號本單係	號續保
始日	自民國	年	月
終日	至民國	年	月
		日	日
		時起	時止

1. 要保人/統一編號： / 負責人：

2. 要保人住所： 電話：

3. 營業性質(或工作性質)：

4. 投保總人數： 人 (被保險人名單如附件要保明細表) 被保險人與要保人關係：

5. 承辦人： 電話： 傳真：

6. 保險項目、保險金額及保險費：

※紅色框線內之資料由保險公司填寫 (單位：新台幣元)

保 險 項 目		總保險金額	保險費小計	平均保險費率
主險	意外身故團體傷害保險身故(喪葬費用)或殘廢保險金	200 萬		
附加條款	傷害醫療保險給付附加條款 (大專院校學生適用)	意外門診醫療保險金(含傷害住院醫療保險金每日 1,000 元)	保險期間內最高 5 萬	

保險費總計

要保人及被保險人同意，產物保險公司(以下稱「貴公司」)將明列如下列事項：

(1)本人(及要保人)同意 貴公司得查閱、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及檢驗個人資料；

(2)本人(及要保人、要保人)同意 貴公司將本要保書上所載本人資料轉給產、壽險公會或直轄縣市政府、及再保人、貴公司之會員或公司之客人在該系統之資料以作健康保險之參考。如該公司之成員或貴公司之保險代理人經確定是否承保此保險，平時或以時時資料作為承保或拒絕之依據；

(3)本人(及要保人、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；

(4)本人(及要保人、要保人)已知悉並明瞭貴公司得向傷害醫療保險或實業附加醫療保險之受益人，申請保險金時須提供其醫療費用收據正本。如該被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實業附加傷害醫療保險或實業附加醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司投保其他商業實業附加醫療保險或實業附加醫療保險，而 貴公司仍承保者，則 貴公司得向 保險人查詢該保險之保險費及給付條件。如有重複投保情形， 貴公司員，同意 貴公司得向一保險單中已或符合全民健康保險或他人身保險契約所給付之部分可免給付保險費。

要保單與本要保書：

(1)被保險人承認「全民健康保險法」及「勞工保險法」之規定，本公司得依該法之規定，向勞工保險局或勞工保險局之保險費， 貴公司得隨時提供有關被保險人員之資料以作該法之保險費之參考；

(2)要保書與附加條款之保險費應按被保險人之年齡、性別及職業等之比例，亦由 貴公司得隨時查閱、處理及利用之資料 貴公司得依該法之規定；

(3)本人已知悉並明瞭「第一產物保險股份有限公司」之行為保險規則及附加條款；條款之內容與本要保書。

此 致 第一產物保險股份有限公司

要保單位/負責人簽章： /

要保日期：中華民國 年 月 日

本公司及本公司各負責人員均保證其內容皆已符合一般銷售標準及保險法令，除為確保權益，並發給保單外，尚須符合下列等原則，請要保人注意：

如明瞭保險要保書及相關文件，每張單均附保險商品，本商品如有虛假不實或過期等情事，應由本公司及負責人依法負責。

如保費未繳或未繳保費者，則保費將由各要保人負擔。

如保費未繳或未繳保費者，則保費將由各要保人負擔。

如有其他相關事項，可向本公司各負責人員洽詢。

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

核定	初核	核經	辦輸	入再	保	業務員姓名(親簽)	保經代簽署人章
						業務員登錄字號	
聯絡人姓名：	電 話：				業務來源/通路代碼		

要保單位特此聲明：本要保書及聲明書所填各項應為真實告知並親自填寫，如有偽造、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。

要保單位：_____

第一產物團體傷害保險被保險人要保明細表(大專院校學生適用)

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	承保項目(代號)		身故受益人	與被保險人關係	被保險人簽章
							保險金額				
							意外事故團體傷害保險身故(喪葬費用)或殘廢保險金	意外門診醫療保險金(含傷害住院醫療保險金每日1,000元)保險期間內最高			
							200 萬	5 萬			
							200 萬	5 萬			
							200 萬	5 萬			
							200 萬	5 萬			
							200 萬	5 萬			
							200 萬	5 萬			
							200 萬	5 萬			
							200 萬	5 萬			
							200 萬	5 萬			
							200 萬	5 萬			
							200 萬	5 萬			

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。

- 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)。 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。

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：_____

要保人：

保險單號碼：

被保險人：

保險期間：

保險項目：



保險證編號：

身分證字號：



第一產物保險股份有限公司

台北市忠孝東路一段54號

意外傷害保險證

24小時
服務專線：0800-288-068

注意事項：

- 一、本證僅供投保證明，一切權利義務悉以保險契約為依據。
- 二、若有任何保險上的問題，歡迎來電洽詢。

保單號碼：

保險金理賠申請書(人身保險專用-105.03 版)

第一頁共二頁

被保險人(身故人)姓名	身分證號碼	地址
申請項目	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 傷害日額 <input type="checkbox"/> 傷害醫療限額 <input type="checkbox"/> 住院日額 <input type="checkbox"/> 住院醫療	
工作內容	電話	e-mail
事故時間	年 月 日 時 分	事故地點
處理警方	分局	派出所 警員姓名 電話
付款方式	<input type="checkbox"/> 匯款至本人帳戶(請檢附存摺影本) <input type="checkbox"/> 支票(禁止背書轉讓,取消禁背須另填取消禁背同意書) <input type="checkbox"/> 同意匯款至法定代理人帳戶(限被保險人未滿20足歲申請醫療保險金適用,須檢附戶口名簿影本) 被保險人簽名: _____ (七歲以上須親簽) 法定代理人簽名: _____ 匯款必填: 銀行/農漁會 _____ 分行, 帳號: _____, 戶名: _____ 郵局存簿儲金局號: [][][][][][][]-[][], 帳號: [][][][][][][]-[][], 戶名: _____	
送件單位	分公司/通訊處 保總代公司	送件人姓名 行動電話
同意查詢聲明書	茲被保險人 _____ (民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日生, 身分證字號 _____) 因申請第一產物保險股份有限公司保險金給付之需要, 由立同意書人以被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 繼承人之身分同意: 1. 為確認本大賠申請所檢附報驗屍鑑定明書(或死亡證明書)內容之正確性, 本人(受益人)同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對; 2. 同意任何醫院(師)、診所、地檢署、警方、保險公司等單位, 提供第一產物保險(股)公司及其所授權之查驗公司調閱、抄錄或影印所有就診病歷、電腦檔案資料, 與本案有關之紀錄、報告、相關資料及保險相關紀錄; 恐口說無憑, 特立此書為憑。此致 各有關醫院(師)、診所、地檢署、警方、保險公司。本同意書之影本與原本具有同等效力。	
蒐集個人資料同意書	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、利用或國際傳輸之權利。(詳細內容請參閱本申請書第二頁所示)。(台灣可自由選擇是否提供, 唯若選擇不提供或提供不完全時, 本公司將可能無法提供完善之人身保險及其他服務, 尚祈見諒。) 本人已確實詳閱蒐集個人資料告知事項暨同意書之內容, 並同意提供個人資料以供第一產物保險股份有限公司使用。	
立同意書人對於同意查詢聲明書、蒐集個人資料告知事項暨同意書之內容已充分瞭解, 並同意授權第一產物保險股份有限公司於法令規定內使用。		
立同意書人/申請人簽章:		<input type="checkbox"/> 身分證字號:
(若申請人為未滿20足歲或受監護/受輔助宣告者, 則須加填法定代理人/監護、輔助人簽章, 並檢附關係證明)		
法定代理人/監護、輔助人簽章:		<input type="checkbox"/> 身分證字號:
申請日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集處理或應用同意書	本公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定, 關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理或利用, 除本公司「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外, 就 台灣個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理或利用, 將於人身保險及財產保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台灣不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料, 本公司將可能無法提供 台灣相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。立同意書人(即被保險人)已瞭解上述說明, 並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內, 得為蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料, 以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。立同意書人併此聲明, 此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。此致 第一產物保險股份有限公司	
立同意書人(即被保險人)簽章:		法定代理人/監護、輔助人簽章:
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		