



三井住友海上集團

## 明台產物保險股份有限公司

總公司：臺北市仁愛路四段一號 電話：(02)2772-5678 傳真：(02)2772-6666

※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。

※資訊公開聲明：本公司為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益，有關本公司資訊公開說明事項，請至本公司網址

(<https://www.msingtai.com.tw>) 查閱，或至本公司總分支機構查閱及索取資訊公開之書面文件。

※免費客戶服務專線：0800-528-528

## 明台產物團體傷害保險要保變更明細表【內政部消防署 108 年全國消防機關自費型員工團體意外保險】

幣別：新台幣元

保單號碼				批單號碼				要保單位	內政部消防署		
員工姓名	身分證字號			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			消防服務證編號				
服務單位	市/縣 (消防局/署)	第 (大隊/局本部 各單位)	大隊 (中隊-無則免 填)	連絡 電話 (分隊-無則免填)	()			行動電話			
住所(通訊地)	()			電子郵件							
保險期間	自民國 年 月 01 日零時至民國 109 年 12 月 31 日 24 時止。 (中途申請加保者需於每月 15 日前提出申請，經本公司核保通過，於次月 1 日生效)										

保障內容及方案		方案 A：員工	方案 B：眷屬
主約	團體傷害保險身故、失能保險金	300 萬	200 萬(未滿 15 足歲者僅給付失能保險金)
附約	重大燒燙傷定額保險金	75 萬	50 萬元
	意外醫療保險	實支實付傷害醫療	5 萬元
	住院日額/最高 90 日	2000 元/日	2000 元/日
	加護病房/最高 60 日	4000 元/日	4000 元/日
骨折未住院給付(最高 60 日)		按骨折別日數*住院日額比例給付*1/2	

## ※保障生效日對應保費表

方案/ 生效日	108/12/1	109/1/1	109/2/1	109/3/1	109/4/1	109/5/1	109/6/1	109/7/1	109/8/1	109/9/1	109/10/1	109/11/1	109/12/1
A: 員工	\$1,365	\$1,258	\$1,151	\$1,055	\$948	\$845	\$738	\$634	\$527	\$421	\$317	\$210	\$107
B: 眷屬	\$585	\$539	\$493	\$452	\$406	\$362	\$316	\$272	\$226	\$180	\$136	\$90	\$46

## ※被保險人資料明細

稱謂	被保險人姓名	身分證字號	(民)出生年月日	年齡	性別	工作性質	受益人/關係	方案	保險費	被保險人簽章
本人			/ /			消防隊員	法定繼承人	A		
配偶			/ /				法定繼承人	B		
子女			/ /				法定繼承人	B		
子女			/ /				法定繼承人	B		
員工父母			/ /				法定繼承人	B		
員工父母			/ /				法定繼承人	B		
配偶父母			/ /				法定繼承人	B		
配偶父母			/ /				法定繼承人	B		

投保人數

共 人

保險費合計

新台幣

元

※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。

※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。

※本人(被保險人)是否已投保其他商業實支實付傷害醫療保險或實支實付型醫療保險? 是, 否。

身故保險金受益人聯絡地址:  聯絡電話:

身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形, 則以要保人最後所留之聯絡方式, 做為日後身故保險金受益人之通知依據。

保險費繳納方式: 信用卡(簽帳單需與本要保變更明細表一同交付與明台產物保險公司, 且限員工及其配偶、子女或父母之信用卡。)

ATM 轉帳(由明台產物保險公司提供匯款帳號, 被保險人應於繳費期限內轉帳。)

## 【被保險人注意事項】

一、身分限制：(一)員工：中央及地方各消防機關現職員工，包含消防人員、職員、考試錄取訓練學員、工友、技工、駕駛及約聘僱等人員。

(二)眷屬：需為中央及地方各消防機關現職員工之配偶、子女或父母(含配偶之父母)，職業分類第1至4職級之人員。

二、年齡限制：(一)現職員工及其配偶、父母(含配偶之父母)投保年齡上限為80歲。

(二)子女，投保年齡自出生且健康出院起至30歲且未婚之戶籍登記之子女。

三、保險年度內不接受辦理解約退費，保險效力持續至保險費之保險年度屆滿(身故者除外，如員工本人退保，眷屬亦需同時退保)。

四、每一被保險人不得重複投保。

五、失能保險金或醫療保險金之受益人為被保險人本人；死亡保險金指定之受益人須為被保險人家屬，若非指定家屬時，則以被保險人之法定繼承人為限。

## 【聲明事項】

要保人及被保險人向明台產物保險公司(以下簡稱本公司)聲明同意下列事項：

1. 本人(被保險人)同意本公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷資料。

2. 本人(被保險人、要保人)同意本公司將本要保書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、壽險公會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. 本人(被保險人、要保人)已審閱並瞭解本公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解本公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。

4. 本人(被保險人、要保人)同意本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。

5. 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本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本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，而本公司仍承保者，本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本公司者，同意本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。

員工簽章： 未成年法定代理人簽章： 

申請日期：中華民國 年 月 日

員工消防服務證影本黏貼處（請詳實黏貼，勿浮貼）

# 消防服務證影本 黏貼處

## 【內政部消防署 108 年全國消防機關自費型員工團體意外保險】繳費方式

一、【信用卡】請填寫下方信用卡簽帳資料後，連同要保變更明細表一併寄回明台產險。

### 信用卡繳付保費授權書

自動續約  
非自動續約  
※本專案只提供非自動續約  
扣款方式

首期保單號碼：\_\_\_\_\_ (由明台產物填寫)

續期保單號碼：\_\_\_\_\_ 被保險人：\_\_\_\_\_ 保單簽帳金額：NT \$ \_\_\_\_\_

信用卡種類：聯合信用卡 VISA MASTER JCB AE 授權號碼：\_\_\_\_\_ (由明台產物填寫)

信用卡卡號：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 有效期限：\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年 (西元)

持卡人姓名：\_\_\_\_\_ (請以正楷填寫) 持卡人電話：\_\_\_\_\_

持卡人身分證號碼：\_\_\_\_\_

持卡人與被保險人關係：要保人 被保險人 配偶 父母 子女 祖(外祖)父母 孫(外孫)子女 兄弟姐妹 公司負責人  
其他關係者請服務人註明關係 \_\_\_\_\_ 主管覆核：\_\_\_\_\_

信用卡繳付保費授權書約定事項(持卡人請詳閱，並於下方簽名表示同意)：

1. 持卡人同意以信用卡支付上開保險費予明台產物保險股份有限公司(下稱本公司)，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。
2. 本授權書效力及於本授權書所約定之保險單。若要保人於要保書勾選同意自動續約時，授權人同意本公司得於保險期間屆滿日(遇假日順延至次一營業日)，逕行以本授權書所載之信用卡扣款支付不限次數之續期保費。
3. 授權人指定繳付之「信用卡」如有卡號變更、停用或有效期限到期等情事時，授權人應主動通知本公司並重新填具授權書；如授權人未通知變更並重新填具授權書，而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，不生繳付保險費之效力。原授權書於新授權書生效後即行終止。授權人重填授權書前，本公司就其指定之信用卡卡號不變之年度續卡，仍得依本授權書向發卡機構請求信用卡授權繳付各期應繳保險費。
4. 授權人如因發卡機構代收金額與應繳金額不符時，或對保險費計算、變動有異議者，除依本授權書約定終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。
5. 授權人指定之信用卡不因日後簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。

持卡人簽名：\_\_\_\_\_ (簽名樣式請與信用卡一致) 簽帳日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

聲明事項：本人(持卡人)已知悉明台產物保險股份有限公司依個人資料保護法應告知予本人之事項，並充分瞭解明台產物保險股份有限公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的、方式及本人之相關權益。

上開告知事項已公告於本公司官網(<https://www.msig-mingtai.com.tw/>)，敬請詳閱，如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800528528 免付費客服專線。

明台服務人覆核 \_\_\_\_\_

二、【ATM 轉帳】請匯款人轉帳至下列帳戶後，填寫下方匯款資料，連同投保明細一併寄回明台產險：

銀行代號：006 合作金庫商業銀行(復興分行)

帳戶號碼：0914-717-232749

戶名：明台產物保險股份有限公司

1. 匯款日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
2. 匯款人：\_\_\_\_\_ (身分：員工 / 眷屬)
3. 轉出帳戶銀行：\_\_\_\_\_
4. 轉出後五碼：\_\_\_\_\_ (請勿填寫上述合庫帳號後五碼)
5. 匯款金額：\_\_\_\_\_ 元
6. 匯款人連絡電話(手機) \_\_\_\_\_