



有關本公司資訊公開說明，歡迎查閱本公司網站(https://www.ctbcins.com)，或親臨本公司台北市中正區許昌街 17 號 18 樓之 1 或各分支機構洽詢。本公司免費申訴電話:0800-075-777。  
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。

|  |          |             |                       |        |                            |                            |
|--|----------|-------------|-----------------------|--------|----------------------------|----------------------------|
| 保險單號碼  | 字第<br>字第 | 號<br>續保     | 保單份數                  |        | 正本：                        | 副本：                        |
|  |          |             | 保險證明                  |        | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 要保人  |          |             | 要保人與被保險人關係            |        |                            |                            |
| 通訊處地址  |          |             | 身分證字號(統一編號)/<br>出生年月日 |        | 代表人<br>負責人                 |                            |
| 被保險人   |          |             | 身分證字號(統一編號)/<br>出生年月日 |        | 代表人<br>負責人                 |                            |
| 通訊處地址  |          |             | 電話                    |        | 傳真                         |                            |
| 投保險種類別 (擇一投保) <input type="checkbox"/> 營業處所 <input type="checkbox"/> 活動事件 依相關法規規定是否須提供活動計劃書 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |          |             |                       |        |                            |                            |
| 經營業務種類/<br>活動名稱  |          |             | 危險分類細<br>項代號          |        |                            |                            |
| 營業處所地址/<br>活動處所  |          |             | 多處所/活動<br>期間數量        |        |                            |                            |
| 處所營業總面積/<br>全年營業額/員工人數   |          | 新台幣<br>萬元/  | 坪/<br>人               | 參加活動人數 | (人/每日)                     | 巨大危險<br>數量代號               |
| 保險期間 自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止(活動類場次如附件明細)  |          |             |                       |        |                            |                            |
| 承保項目   |          | 保險金額 (NT\$) |                       |        | 每一事故自負額(NT\$)              |                            |
| 每一個人體傷責任   |          |             |                       |        |                            |                            |
| 每一意外事故體傷責任   |          |             |                       |        |                            |                            |
| 每一意外事故財物損失責任   |          |             |                       |        |                            |                            |
| 本保險契約之最高賠償金額   |          |             |                       |        |                            |                            |
| 總保險費(NT\$)   |          | 備註          |                       |        |                            |                            |
| 附加條款與<br>附加投保事項  |          |             |                       |        |                            |                            |
| 建築物狀況 <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 承租 <input type="checkbox"/> 其他_____ 主結構: <input type="checkbox"/> 鋼骨、鋼筋水泥造 <input type="checkbox"/> 鐵皮造 <input type="checkbox"/> 石綿造 <input type="checkbox"/> 戶外開放空間 <input type="checkbox"/> 其他: |          |             |                       |        |                            |                            |
| 其他聲明事項<br>1. 同一營業處所或活動事件是否已投保公共意外或其他責任保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，請詳述其保險種類、保險單號碼、保險金額與保險期間：<br>2. 同一營業處所或活動事件舉辦人於過去五年內是否有損失記錄(不論有否投保) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，請說明其損失金額、次數及原因：              |          |             |                       |        |                            |                            |

要保人注意事項

本要保書所填各項，均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事，足為與 貴公司訂立保險契約之基礎，要保人並願接受該保險契約各項條款及規定之約束。

聲明事項：

- 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。
- 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

中國信託產物保險股份有限公司

要/被保險人簽章:

年 月 日

|    |       |      |           |      |    |             |
|----|-------|------|-----------|------|----|-------------|
| 核保 | 初核/輸入 | 服務人員 | 業務員填寫欄    |      |    | 保險經紀(代理)人簽署 |
|    |       |      | 單位        | 登錄字號 | 姓名 |             |
|    |       |      | 業務來源(代號): |      |    |             |