



兆豐產物個人傷害保險要保書

- ※ 本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站 (<https://www.cki.com.tw>) 查閱，或親蒞本公司(100 台北市武昌街一段五十八號) 及各分支機構洽詢。
- ※ 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。
- ※ 本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。 103 年 8 月 1 日兆產健 11510304981 號函送保險商品資料庫 107 年 9 月 12 日依 107 年 7 月 18 日金管保壽字第 10704938160 號函及 107 年 8 月 3 日金管保壽字第 10704544571 號令修正

保單號碼	第 號 ☐ 新保 ☐ 續保，原保單號碼：							
保險期間	自民國 年 月 日午夜 12 時至民國 年 月 日午夜 12 時止							
	☐ 要保人 ☐ 要保人暨被保險人(免填右欄)			被保險人(與要保人之關係_____)				
姓名			國籍			國籍		
身分證統一編號			性別	☐ 男 ☐ 女		性別	☐ 男 ☐ 女	
出生日期			年齡			年齡		
住所(聯絡地址)	☐ ☐ ☐			☐ 同要保人 ☐ ☐ ☐				
聯絡電話	(公司) (行動)		(住家)		(公司) (住家) (行動)			
被保險人服務單位			職稱			工作內容	本欄位由本公司填寫 第 級()	
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 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。								
受益人	失能保險金及傷害醫療保險金受益人為被保險人本人, 不受理另行指定或變更。							
	身故保險金受益人_____, 與被保險人關係_____ ☐ 順位 ☐ 均分(若未指定, 則以被保險人之法定繼承人為受益人)							
	身分證統一編號_____, 出生日期_____, 國籍_____							
	聯絡地址_____, 聯絡電話_____							
※注意事項: 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, 作為日後身故保險金受益人之通知依據。								
承保範圍				保險金額(單位: 新台幣元)		保險費(單位: 新臺幣元)		
個人傷害保險	☒ 身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金							
	附加條款	☐ 特定事故保險金給付附加條款						
		☐ 大眾運輸工具乘客意外事故保險金附加條款						
		☐ 失能增額給付附加條款						
		☐ 重大燒燙傷保險給付附加條款						
		☐ (甲型) 傷害醫療保險給付(實支實付型)						
		☐ (乙型) 傷害醫療保險給付(日額型)						
		☐ (丙型) 傷害醫療保險給付	實支實付傷害醫療保險金					
			傷害住院醫療慰問金日額					
☐ (丁型) 傷害醫療保險給付(住院日額加值型)								
☒ 恐怖主義行為保險限額給付附加條款 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, 其給付額度最高以新台幣二百萬元為限。								
繳別	年繳		總保險費: 新台幣 元					
繳費方式	☐ 信用卡 ☐ 郵政劃撥 ☐ _____		是否加保自動續約附加條款		☐ 是 ☐ 否 (若未勾選視為不加保)			

※被保險人注意事項：被保險人對下列告知事項應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得依照保險法第六十四條解除本保險契約。			
告知事項	一、被保險人之職業及兼業：_____		
	二、過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？(1)高血壓(指收縮壓 140mmHG，舒張壓 90mmHG 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。	是 ☐	否 ☐
	三、目前身體機能是否有下列障害？(1)失明。(2)是否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〇、三以下。(3)聾。(4)是否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、吞嚥或言語機能等障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	是 ☐	否 ☐
	※上述告知事項回答「是」者，請詳細說明原因、病名、醫院名稱、診治經過及時間、治療結果有無復發、目前狀況： 說明：_____		
聲明事項	一、本人（被保險人）同意兆豐產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。 二、本人（被保險人、要保人）同意兆豐產物保險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。 三、本人（被保險人、要保人）同意兆豐產物保險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。 四、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兆豐產物保險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兆豐產物保險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，而兆豐產物保險公司仍承保者，兆豐產物保險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兆豐產物保險公司者，同意兆豐產物保險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。		
※ 要保人於填寫要保書時 ☐已審閱 ☐未審閱 兆豐產物保險公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「投保人須知」及「履行個人資料保護法第八條第一項告知義務內容」。			
要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ 要保日期：民國_____年_____月_____日 (要/被保險人未滿 20 歲者需由法定代理人簽名)			

下列欄位由保險公司填寫

主管核定	核保	經辦	業務員簽名	財產保險業務員登錄字號	業務員連絡電話	保代/保經簽署章