



兆豐產物個人保險要保書

- ※ 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。
- ※ 被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依契約條款之約定返還未到期保險費。
- ※ 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。

112年1月18日兆產個保字第1115400989號函送保險商品資料庫

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---------------|---|---|---|---|---|
| 保 險 單 號 碼 | | 續 保 號 碼 | | 報 價 單 號 碼 | | | | |
| 保 險 期 間 | | 自民國 年 月 日 24 時起一年 | | | | | | |
| 被 保 險 人 | 姓 名 | 身 分 證 統 一 編 號 | | 出 生 日 期 | 民 國 年 月 日 | | | |
| | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 婚 姻 | <input type="checkbox"/> 已 婚 <input type="checkbox"/> 未 婚 | 年 齡 | | | |
| | 公 司 名 稱 | 工 作 內 容 | | 職 稱 | | | | |
| | 副 業 | 國 籍 | | 職 業 代 碼 (由本公司填寫) | | | | |
| | 住 所 地 址 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | E - M A I L | ※.數字 0 請以 0 書寫 | | | |
| 電 話 | 住宅： | 公司： | | 手機： | | | | |
| 要 保 人 | <input type="checkbox"/> 同被保險人(可免填要保人相關欄位) | | 電 子 保 單 | | <input type="checkbox"/> 本人同意使用【電子保單且不寄送紙本保單】寄送至指定要保人之 E-MAIL 帳號， 勾選電子保單手機號碼或 E-MAIL 必填，若有缺漏則改發紙本。 | | | |
| | 姓 名 | 身 分 證 統 一 編 號 | | 出 生 日 期 | 民 國 年 月 日 | | | |
| | 代 表 人 | 與 被 保 險 人 係 關 | | 國 籍 | | | | |
| | 住 所 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | E - M A I L | ※.數字 0 請以 0 書寫 | | | | | | |
| 電 話 | 住宅： | 公司： | | 手機： | | | | |
| 受 益 人 | ※除身故保險金以外，其餘各項保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理指定或變更。被保險人身故時，如本契約保險金尚未給付或未完全給付，則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人，須填寫下列欄位 | | | | | | | |
| | | 姓名 | 身分證字號 | 出生日期 | 國籍 | 與被保險人關係 | 聯絡住址、電話 | 給付方式 |
| | 1 | | | | | | <input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話 | <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 (依左列順序) |
| | 2 | | | | | <input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話 | | |
| 3 | | | | | <input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/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。 | | | | | | | | |
| 附加傷害保險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，其給付額度依本附加條款約定辦理，最高以新台幣二百萬元為限。 | | | | | | | | |
| ※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。 | | | | | | | | |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金 | | | | | | | |
| | 附 加 條 款 | <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷保險給付附加條款 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 大眾運輸工具乘客意外事故保險金附加條款 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> (甲型) 傷害醫療保險給付(實支實付型) | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> (乙型) 傷害醫療保險給付(日額型) | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> (丙型) 傷害醫療保險給付 | | 實支實付傷害醫療保險金 | | | | |
| <input type="checkbox"/> (丁型) 傷害醫療保險給付(住院日額加值型) | | 傷害住院醫療慰問金日額 | | | | | | |
| 繳 費 方 式 | <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥 <input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> | | | 繳 別：年繳 | 總保險費：新台幣 元 | | | |
| 是否加保續保附加條款： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若未勾選視為不加保) | | | | | | | | |

【請續填下頁】

【接續上頁】

【告知事項】

要保人及被保險人對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。

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

以上各項答覆為「是」時，請註明號數並詳加說明，如有診察治療記錄，請告知病名(外傷者，含受傷部分)、就診醫院、就診大約期間、診療過程(門診或住院)、有無手術、有無後遺症。

【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载本人資料轉送產、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。

- ※ 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。
- ※ 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？是 否(投保實支實付型商品時勾選)
- ※ 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。
- ※ 兆豐產物保險公司保有承保與否之最終權利。

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/被保險人未成年者需由法定代理人簽名)

下列欄位由保險公司填寫

| | | | | | | | | | |
|--------|------|----|----|---------|--|-------|---------|--|----------|
| 兆豐產險欄位 | 主管核定 | 核保 | 經辦 | 業務員簽名 | | 保經代欄位 | 業務員簽名 | | 保代/保經簽署章 |
| | | | | 業務員登錄字號 | | | 業務員登錄字號 | | |
| | | | | 保經代代號 | | | 營業單位名稱 | | |
| | | | | 代號 | | | 營業單位代號 | | |