

# 臺灣產物個人傷害保險要保書

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。欲查詢本公司銷售商品之相關資訊可至下列網址：<http://www.tfmi.com.tw> 或至本公司總分支機構查閱及索取書面文件。免費申訴電話：0809-068-888。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。  
備查文號：103.08.13 產企字第 1030001471 號函 備查

保險項目(依填載保險項目或選擇方案為準)		保險金額(依填載保險金額或選擇方案為準)		
		方案 A <input type="checkbox"/>	方案 B <input type="checkbox"/>	方案 C <input type="checkbox"/>
身故殘廢	意外事故身故殘廢	100 萬元	200 萬元	300 萬元
重大燒燙傷	重大燒燙傷保險給付	100 萬元	200 萬元	300 萬元
傷害醫療	傷害醫療保險給付(實支實付型)	20 萬元	30 萬元	50 萬元
	傷害醫療保險給付(日額型)	3,000 元	5,000 元	7,000 元
	傷害住院加護病房保險給付	3,000 元	5,000 元	7,000 元
健康醫療	實支實付住院醫療保險	10 萬元	15 萬元	25 萬元
<input type="checkbox"/> 自動續約附加條款		<b>保險費</b> <span style="float: right;">元</span>		

本商品已附加「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，其給付額度最高以新台幣二百萬元為限，詳細約定請參閱條款。

要保人姓名	身分證字號	與被保險人關係	
保險期間	自民國 年 月 日午夜十二時起至民國 年 月 日午夜十二時止		
被保險人姓名	身分證字號	出生日期	民國 年 月 日
行程	<input type="checkbox"/> 遊學 <input type="checkbox"/> 留學 <input type="checkbox"/> 打工渡假	行程目的地	聯絡地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
身故受益人	1. <input type="checkbox"/> 法定繼承人 2. <input type="checkbox"/> 受益人姓名： 姓名：	關係： 關係：	聯絡 電話： 居所( ) 手機：

一、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)。

(一) 實支實付型傷害醫療保險：是，否 (二) 實支實付型醫療保險：是，否

二、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。

**告知事項：**

1. 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) 高血壓症(指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤、腦中風(腦出血、腦梗塞)、癲癇、癱瘓、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病。.....否 是

(2) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。.....否 是

(3) 視網膜出血或剝離、視神經病變。.....否 是

2. 目前身體機能是否有下列障害(請勾選)：

(1) 失明。(2) 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表○.三以下。(3) 聾。(4) 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、吞嚥或言語機能障害。(7) 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。.....否 是

3. 被保險人身高 公分 體重 公斤

4. 過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答).....否 是

5. 最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？.....否 是

6. 過去五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) 高血壓症(指收縮壓 140 mm 或舒張壓 90 mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、心臟肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤(2) 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病(3) 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核(4) 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(指 GPT 40 U/L 或 GOT 40 U/L 以上)

(5) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞(6) 視網膜剝離或出血、視神經病變(7) 癌症(惡性腫瘤)(8) 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症(9) 糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下(10) 紅斑性狼瘡、膠原症(11) 愛滋病或愛滋病帶原。.....否 是

7. 過去一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) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症(2) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎(3) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸(4) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞(5) 痛風、高血脂症(6) 青光眼、白內障。.....否 是

8. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞或言語、咀嚼、四肢機能障害？.....否 是

9. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？.....否 是

10. 女性被保險人回答：(1) 過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？.....否 是

(2) 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？.....否 是

以上各項答覆為「是」時，請註明號數並詳細說明，如有診察治療記錄，請告知診治原因、大約診治日期、治療期間、醫院名稱、病歷號碼及治療結果。

說明：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**要保人與被保險人聲明事項：**

1. 本人(被保險人)同意臺灣產物保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。

2. 本人(被保險人、要保人)同意臺灣產物保險股份有限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。

3. 本人(被保險人、要保人)同意臺灣產物保險股份有限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(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臺灣產物保險股份有限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臺灣產物保險股份有限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，而臺灣產物保險股份有限公司仍承保者，臺灣產物保險股份有限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臺灣產物保險股份有限公司者，同意臺灣產物保險股份有限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、被保險人告知事項，請務必親自填寫，如有不實，本公司得依保險法第六十四條，解除本契約，保險事故發生後亦同；要保書之聲明事項及告知事項應由要保人及被保險人親自確認後簽名或蓋章。**

**本保險承保之健康險為非保證續保商品**

要保人簽名: _____ 主/附加被保險人簽名: _____	法定代理人簽名: _____ (未成年者其法定代理人簽名) 要保日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
--------------------------------	---

保經代填寫欄位

單位名稱	單位代號	保險業務員	經代簽署人簽章

保 險 公 司 填 寫 欄 位

核保	經辦	輸入	服務人員	保險業務員

## 臺灣產物保險公司履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

臺灣產物保險股份有限公司（下稱「本公司」）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第八條第一項與第九條第一項規定，應告知下列事項，敬請 您詳閱及知悉：

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）。

（以上個人資料蒐集之目的係參照法務部公告之「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」。）

二、 蒐集之個人資料類別：

本公司蒐集之個人資料類別包含：識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、財務細節及健康與其他類等。（以上個人資料類別係參照法務部公告之「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」。）

例如：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、財務情況或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、 個人資料之來源（個人資料非由當事人提供之間接蒐集情形適用）：

（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）與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於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、地區及方式：

（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， 您就本公司保有 您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：以書面來函方式或透過客服專線(0809-068888)向本公司提出申請。

六、 不提供個人資料所致權益之影響（個人資料向當事人直接蒐集之情形適用）：

本公司基於上述原因而需蒐集、處理或利用您的個人資料，若 您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 您相關服務或給付。

受告知人：\_\_\_\_\_（簽章）

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

註：本公司履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知之效力。

## 臺灣產物保險公司保險需求及適合度評估暨業務員報告書

<b>要保人/要保單位：</b>	<b>被保險人：</b>		
<b>保險需求及適合度評估</b>			
1. 要保人是否已確實了解其繳交保險費係用以購買保險商品： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
2. 要保人投保險種、保險金額及保險費支出與其實際需求是否已具相當性： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
<b>業務員報告書--個人傷害/個人旅綜/個人健康險適用</b>			
1. 要保人基本資料(要保人同被保險人者免填)：身分證字號：_____ 出生年月日：_____			
2. 要保人及被保險人是否投保其它商業保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
3. 本契約是經由： <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 其他_____			
4. 招攬時是否確認要保人、被保險人及受益人之身份，並核對要保書填載內容確實無誤： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
5. 招攬時是否向要保人或被保險人確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否， <b>是否親見要保人、被保險人及確認要保人、被保險人親簽相關文件</b> ： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，身故受益人是否指定配偶或直系親屬 <b>或法定繼承人</b> ： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，若“否”請說明指定該受益人的原因：_____			
6. 要/被保險人投保目的 <b>及需求</b> ：(可複選) <input type="checkbox"/> 增加保障 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他_____			
7. 要/被保險人/家庭年收入：			
<b>家庭年收入</b>	<b>被保險人年收入及其他收入</b>	<b>要保人年收入及其他收入</b> (要保人同被保險人者免填)	<b>家中主要經濟來源者</b>
新台幣_____萬元	新台幣_____萬元	新台幣_____萬元	
*若被保險人為未成年人/學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。			
<b>團體傷害/團體旅綜/團體健康險適用</b>			
1. 本契約是經由： <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 自動投保 <input type="checkbox"/> 其他_____			
2. 招攬時是否確認要保單位、被保險人及受益人之身份，並核對要保書填載內容確實無誤： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
3. 要保單位與被保險人及被保險人與受益人之關係身分之確認： 要保單位與被保險人關係：_____ 身故受益人是否指定雇主或要保單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
4. 要保單位/被保險人投保目的 <b>及需求</b> ：(可複選) <input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 其他_____			
5. 要保單位財務狀況： <b>代表人(同負責人者免填)</b> ：_____ 資本額：_____ 成立時間：_____ 員工人數：_____ 過去三年該公司營收：_____			
<b>經紀/代理人：</b> _____		<b>業務員簽名：</b> _____	
<b>中華民國</b> _____ 年 _____ 月 _____ 日		<b>簽署人簽章：</b> _____	



**臺灣產物保險**  
Taiwan Fire & Marine Insurance Co., Ltd.

保單號碼：	要保人：	被保險人：
信用卡種類 <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB 發卡銀行：		
信用卡卡號 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
信用卡有效期限（西元）____月____年		
持卡人簽名：	持卡人身分證字號：	
保險費（元）：	元	
備註：1.持卡人同意以信用卡支付上開保險費予台灣產物保險公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。 2.本項交易若未獲聯合信用卡處理中心核准，則本保險費簽帳單自動失效，保險費視同未收。		