

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。

公司保密措施及資訊公開說明：對於您個人資料，我們有嚴格的保密措施，以維護您的隱私權。有關本公司保密措施及資訊公開說明，歡迎至本公司網站 (<http://www.tlugins.com.tw>) 查閱，或親臨本公司台北市中正區許昌街17號13樓-1 或各分支機構洽詢。免費申訴電話：0800-075777

保單號碼	第 _____ 號			本單係	第 _____ 號	續保
要保單位	名稱				統一編號	
	營業性質				負責人	
	通訊地址				電話	
被保險人	詳如被保險人要保明細表，共 _____ 人				受益人	詳如被保險人要保名冊
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					總保險費：NT\$ _____ 元

幣別：新台幣

保險金額		A	B	C	D	E	F	G	H	
承保項目		(G9GG06-1)	(G9GG07-1)	(G9GG08-1)	(G9GG08-2)	(G9GG09-1)	(G9GG09-2)	(G9GG10-1)	(G9GG10-2)	
團體傷害保險		100 萬元	100 萬元	200 萬元	200 萬元	300 萬元	300 萬元	500 萬元	500 萬元	
大眾運輸工具特定事故增額給付附加條款		100 萬元	100 萬元	400 萬元	400 萬元	600 萬元	600 萬元	1000 萬元	1000 萬元	
傷害醫療保險給付附加條款	實支實付型	3 萬元	5 萬元	3 萬元	5 萬元	3 萬元	5 萬元	3 萬元	5 萬元	
	日額給付乙型	一般病房	1,000 元	2,000 元	1,000 元	2,000 元	1,000 元	2,000 元	1,000 元	2,000 元
		加護病房	2,000 元	4,000 元	2,000 元	4,000 元	2,000 元	4,000 元	2,000 元	4,000 元
		燒灼傷病房	2,000 元	4,000 元	2,000 元	4,000 元	2,000 元	4,000 元	2,000 元	4,000 元
一年期保費		<b>865 元</b>	<b>1,015 元</b>	<b>1,550 元</b>	<b>1,700 元</b>	<b>2,200 元</b>	<b>2,350 元</b>	<b>3,500 元</b>	<b>3,650 元</b>	

要保人與被保險人聲明及通知事項：

- 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。
- 本人(被保險人、要保人)同意台壽保產物保險股份有限公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及一般行政業務之利用，並同意將本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍依其本身核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
- 本人(被保險人、要保人)瞭解並同意不同意 台壽保產物保險股份有限公司及其關係企業有權於其營業目的或法令許可範圍內，對要保人(被保險人)之資料蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用，並得將之提供予 台壽保產物保險股份有限公司及其關係企業所委任處理營業相關事務之人。
- 本人(被保險人)同意台壽保產物保險股份有限公司可逕向被保險人所診治之醫院、診所或人員等查閱本人相關之醫療記錄、索取診斷證明或病歷資料。
- 本人(被保險人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之內容及約定。
- 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
- 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( )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台壽保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，而台壽保產物保險股份有限公司仍承保者，台壽保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台壽保產物保險股份有限公司者，同意台壽保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。

告知事項：

(一)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？否 是，請說明：  
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。2. 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障害(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森症。3. 癌症(恶性肿瘤)、肝硬化、尿毒症、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。

(二)目前身體機能是否有？否 是，請說明：  
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表○·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、吞嚥或言語機能障害。7. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。

此致  
**台壽保產物保險股份有限公司**

要保單位/負責人簽章： \_\_\_\_\_  
要保日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

核保	初核/輸入	經辦	業務來源 代理(經紀)人	經手人	
				單位	
				姓名	
				ID No.	

**投保專線 (02)2716-6767**

EYOK 專案 99.05

要保單位簽章：

基本資料					承保項目(幣別：新台幣) *請勾選計畫別，各計畫之詳細承保內容詳要保書	
序號	被保險人簽名 <small>(已審閱要保書聲明及通知事項第一項，註1)</small>	身分證字號 出生年月日	工作內容 職業類別	受益人/關係	計畫別	保險費 (元)
1				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
2				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
3				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
4				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
5				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
6				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
8				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
9				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
10				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
11				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
12				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
13				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
14				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	
15				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H	

註：1. 本人(被保險人)同意貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。另亦同意貴公司因業務需要，對要保人或被保險人之個人資料有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及一般行政業務之利用者，得依電腦處理個人資料保護法相關規定辦理且可逕向被保險人所診治之醫院、診所或人員等查詢診療記錄、索取診斷證明或病歷資料。2. 本要保明細表為保險契約之一部份。

本明細表若不敷所用，請自行影印。

第 頁 / 共 頁

**投保專線 (02)2716-6767**

專案名稱：

## 聲 明 書

本人向台壽保產物保險股份有限公司投保「台壽保團體傷害保險」，保險期間為自民國      年      月      日午夜十二時起一年。

茲聲明有關保險契約內容之保險期間、每人投保保險金額以及身故受益人等事項，各被保險人均已知悉並得其同意。

此致      台壽保產物保險股份有限公司

立聲明書人(要保人代表)：

(簽章)

中華民國      年      月      日

