

兆豐產物保險股份有限公司

兆豐產物團體傷害保險要保書

※ 本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站 (<http://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。

92年7月11日台財保字第0920751006號函核准

※ 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。

100年7月1日依100年6月9日金管保品字第10002524863號令修正

保險單號碼	第	號 本單係	續保
要保人 (要保單位)			
統一編號			
住所 (通訊處)			
保險期間	自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止		
被保險人	詳被保險人名冊/被保險人加保申請書		
身故保險金 受益人	詳被保險人名冊/被保險人加保申請書 (以被保險人之家屬或法定繼承人為限)		
被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險 (請勾選): <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否。			
保險項目	<input checked="" type="checkbox"/> 團體傷害保險		
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險 給付附加條款	<input type="checkbox"/> 實支實付型 (甲型)	
		<input type="checkbox"/> 住院日額型 (乙型)	
		<input type="checkbox"/> 實支實付型與住院慰問金型 (丙型)	
		<input type="checkbox"/> 住院日額加值型 (丁型)	
	<input type="checkbox"/> 居家療養保險金附加條款(住院日額型-乙型)		
	<input type="checkbox"/> 住院慰問保險金附加條款		
	<input type="checkbox"/> 意外手術費用保險金附加條款		
	<input type="checkbox"/> 意外門診手術醫療保險金附加條款		
	<input type="checkbox"/> 特定事故保險金給付附加條款		
	<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"/> 殘廢增額給付附加條款		
<input type="checkbox"/> 重大燒燙傷保險給付附加條款			
<input checked="" type="checkbox"/> 恐怖主義行為保險限額給付附加條款			
<small>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殘廢，其給付額度依本附加條款約定辦理。</small>			
保險金額	詳被保險人名冊/被保險人加保申請書		
保險費	詳被保險人名冊/被保險人加保申請書 (要保單位負擔 %，被保險員工負擔 %)		
保險費 繳納方式	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳		

【告知事項】

要保人在訂立本契約時或被保險人於要保人申請投保或加保時，對於本公司的要保書書面詢問的告知事項應據實說明，如有故意隱匿、或因過失遺漏或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得解除該被保險人部分之保險契約效力，其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。

【聲明事項】

- (一) 本人 (被保險人) 同意兆豐產物保險公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- (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，但各該公司仍應依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。
- (三) 本人 (被保險人、要保人) 同意兆豐產物保險公司得依「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，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。

此 致

兆豐產物保險股份有限公司

要保人(要保單位)/負責人簽章:

要保日期：中華民國 年 月 日

本要保書附表之被保險人名冊、被保險人加保申請書，均為本團體傷害保險要保書的構成部份。

下列欄位由保險公司填寫

主管核定	核保	經辦	業務員簽名	業務員 ID	業務員連絡電話	保代/保經簽署章

兆豐產物團體傷害保險被保險人名冊 (新契約投保 加保 退保)

要保人(要保單位): _____ 原始保單生效日為 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時起 保險單號碼: _____

幣別: 新台幣

編號	被保險人姓名	身分證字號	工作性質	職業類別	保險項目								保險費(元)	備註 加退保日期
					團體傷害保險	傷害醫療保險給付附加條款					附加條款			
						實支實付(甲型) (萬元)	住院日額(乙型) (元)	丙型		住院日額加值(丁型) (元)	居家療養保險金			
								實支實付(萬元)	住院慰問金(元)					
出生年月日	身故保險金 保險金受益人	受益人與被保險人之關係	附加條款											
			住院慰問保險金	意外手術費用保險金	意外門診手術醫療保險金	特定事故保險金給付	大眾運輸工具乘客意外事故保險金	殘廢增額給付	重大燒燙傷保險給付					
保險費合計 _____ 元														

下列欄位由保險公司填寫

主管核定	核保	經辦	業務員簽名	業務員 ID	業務員連絡電話	保代/保經簽署章

要保人(要保單位)/負責人簽章:

要保日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

兆豐產物團體傷害保險被保險人加保申請書

※ 本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站 (<http://www.cki.com.tw>) 查閱，或親臨本公司(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。

96 年 10 月 25 日兆產(96)傷字第 1077 號函備查
 100 年 7 月 1 日依 100 年 6 月 9 日金管保品字第 10002524863 號令修正

一、基本資料：

(一) 要保資料：

要保人(要保單位)：_____ 主被保險人姓名：_____ 服務單位(部門)：_____

聯絡電話：_____ 手機：_____ 通訊地址：_____

(二) 投保內容：

保險項目	保險金額(單位：新台幣元)				
	計畫*	計畫*	計畫*	計畫*	計畫*
團體傷害保險					
傷害醫療保險給付附加條款-實支實付型(甲型)					
傷害醫療保險給付附加條款-住院日額型(乙型)					
傷害醫療保險給付附加條款-實支實付型與住院慰問金型(丙型)					
傷害醫療保險給付附加條款-住院日額加值型(丁型)					
居家療養保險金附加條款(住院日額型-乙型)					
住院慰問保險金附加條款					
意外手術費用保險金附加條款					
意外門診手術醫療保險金附加條款					
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					
殘廢增額給付附加條款					
重大燒燙傷保險給付附加條款					
<input checked="" type="checkbox"/> 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殘廢，其給付額依本附加條款約定辦理。				

(三) 加保申請登記表：

保險期間：自民國____年____月____日____時起至民國____年____月____日____時止					總保險費：_____元		被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險(請勾選)
稱謂	姓名	出生年月日	身分證字號	工作性質/職業類別	投保計劃	身故受益人/關係	
(1) 本人				/			<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否
(2)				/			<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否
(3)				/			<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否
(4)				/			<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否

二、告知事項：

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，如有隱匿、遺漏或不實之說明，足以影響本公司對於危險之估計者，本公司得依照保險法第六十四條解除本保險契約。

被保險人告知事項	(1)	(2)	(3)	(4)
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。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
三、目前身體機能是否有下列障害(請勾選)：				
1. 失明.....	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
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.....	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
3. 聾.....	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
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.....	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
5. 啞.....	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
6. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害.....	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
7. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形.....	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
上述告知事項回答「是」者，請詳加說明。如有診療記錄，請告知診治日期、期間、項目及結果。				

三、聲明事項：

- (一) 本人(被保險人)同意兆豐產物保險公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- (二) 本人(被保險人、要保人)同意兆豐產物保險公司將本加保申請書上所载本人資料轉送產、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，但各該公司仍應依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。
- (三) 本人(被保險人、要保人)同意兆豐產物保險公司得依「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，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。

被保險人簽名：(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____

法定代理人簽名： _____ 要保人(要保單位)/負責人簽章： _____ 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

下列欄位由保險公司填寫

主管核定	核保	經辦	業務員簽名	業務員 ID	業務員連絡電話	保代/保經簽署章