

## 新光產物微型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。  
 ※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。

99.05.21 金管保品字第 09902069440 號函核准  
 107.08.17 依據金融監督管理委員會 107.06.07 金管保壽字第 10704158370 號函修訂

保單號碼	(由新光產物人員填寫)								
保險期間	自民國	年	月	日	時起至民國	年	月	日	時止，共十二個月。

### 要保人基本資料

姓名				性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期	年	月	日	
身分證號碼							(H) :			
戶籍/通訊地址	□□□						(O) :			
							行動電話：			

### 被保險人基本資料

姓名				性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期	年	月	日	
身分證號碼							(H) :			
戶籍/通訊地址	○同要保人聯絡住址 □□□						(O) :			
與要保人關係	要保人之 <input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 子女 <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 兄弟姐妹 <input type="radio"/> 僱傭			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？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否，如勾選是者，請提供。 被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否，如勾選是者，請提供相關證明文件。						
服務單位 (學校名稱)	職位/工作內容			職業類別			(由新光產物人員填寫)			

### 身故保險金受益人基本資料 (失能保險金的受益人均為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。)

姓名	身分證號碼	與被保險人關係	聯絡電話	聯絡地址	給付方式
1.				□□□	<input type="radio"/> 均分 <input type="radio"/> 順位
2.				□□□	

新台幣：元

保障內容	類別/保險費	方案一：10 萬	方案二：20 萬	方案三：30 萬	方案四：40 萬	方案五：50 萬
意外身故及失能	一類	<input type="checkbox"/> 62	<input type="checkbox"/> 124	<input type="checkbox"/> 186	<input type="checkbox"/> 248	<input type="checkbox"/> 310
	二類	<input type="checkbox"/> 78	<input type="checkbox"/> 156	<input type="checkbox"/> 234	<input type="checkbox"/> 312	<input type="checkbox"/> 390
	三類	<input type="checkbox"/> 93	<input type="checkbox"/> 186	<input type="checkbox"/> 279	<input type="checkbox"/> 372	<input type="checkbox"/> 465
意外失能	未滿 15 足歲兒童	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 60

告知事項為確保您的權益，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保險契約，保險事故發生後亦同。

<b>1、被保險人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？</b> (亦可提供檢查報告代替回答) (1)、高血壓症(指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (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、帕金森症。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (3)、癌症(急性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (4)、糖尿病。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (5)、酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (6)、視網膜出血或剝離、視神經病變。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<b>2、被保險人目前身體機能是否有下列障害？</b> (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、聵。..... <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
---	---

被保險人現在及過去若有以上事項，請詳述告知，如●病名(外傷者，含受傷部位)、●就診醫院、●就診大約日期、●診療過程(門診或住院)、●有無手術

### 聲明事項

- 本人(被保險人)同意新光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。
- 本人(被保險人、要保人)同意新光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。
- 本人(被保險人、要保人)同意新光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。

※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本、投保人須知、要保書填寫說明請於下方欄位簽名。

※本人(被保險人、要保人)已確認告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。

※身故保險金受益人如係身分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。

要保人親簽：\_\_\_\_\_ 被保險人親簽：\_\_\_\_\_ 法定代理人或監護人親簽：\_\_\_\_\_

要保日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (如被保險人為未滿 20 歲、或受監護宣告尚未撤銷者，請由法定代理人或監護人親簽。)

保經代業務人員/登錄字號	保經代簽署	經辦人員/登錄字號	核保	科長	經副理	專案代號
收件號：		經辦代號：				99ISK02 微型個人 傷害保險
單位代號：		簽名：				
簽名：		登錄字號：	初核：			
登錄字號：						