

(預留條碼)

要保書文號：109.04.15(109)新產車發字第394號函送保險商品資料庫

強制保險證號 任意保險單號碼 姓名/公司名稱 身分證號 出生日期 民國 年 月 日 代表人 性別 國籍/註冊地 職業/行業 聯絡地址 聯絡電話 電子保單 (同意請勾選) 電子信箱 行動電話

要保人與被保險人關係： 同一人(被保險人資料免填) 其他 姓名/公司名稱 身分證號 出生日期 民國 年 月 日 代表人 性別 國籍/註冊地 職業/行業 聯絡地址 聯絡電話

保險期間 自民國 年 月 日 中午 12 時起 至民國 年 月 日 中午 12 時止 原始發照年月 製造年月 車輛廠牌型式 車輛種類及代號 排氣量 引擎號碼/車身號碼 牌照號碼 承載限制 抵押權人或受益人 使用人 婚姻

Table with columns: 險種代號, 保險種類, 保險金額(新台幣元), 自負額(新台幣元), 保險費(新台幣元), 備註. Rows include 竊盜損失險, 第三人責任險, 乘客/旅客責任險, 強制附加駕駛人傷害險, 第三人責任附加駕駛人傷害險, 慰問金費用保險.

強制險保險費(A)\$ 任意險保險費(B)\$ 總保險費(A+B)\$ 強制汽車責任險 保險期間 自民國 年 月 日 中午 12 時起 至民國 年 月 日 中午 12 時止(個月) 保險費 N.T.\$ 需同時簽發 強制險保險證

此強制險相關欄位，僅為提醒保戶維持強制險之有效性及檢視保障之完整性。強制汽車責任保險訂定仍須依強制汽車責任保險法施行細則第四條辦理。

從人係數 車體次數 係數 車責等級 係數 查詢序號： 經辦人 經紀/代理人 管理人 通路別

收費地址：

聲明事項： (一)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。 (二)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。 (三)本人已審閱並瞭解貴公司所提供之「投保須知」。 (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。

要保人茲特聲明： 本要保書所填各項，均屬詳實，絕無隱匿偽報情事，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。貴公司並得使用此要保書上相關資料於產物保險一般行政及業務。 此致 新光產物保險股份有限公司

要保日期： 要保人簽章： 業務人員/登錄字號 保經代簽署 核保 收件日期 經辦代號： 業務員簽名： 登錄字號： 1.業務員是否已告知各類車體損失保險商品之內容差異或提供相關書面資料供參？ 2.透過保險代理人公司投保時，業務員是否已告知其所代理之所有保險公司名稱？ 3.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。 4.保險契約各項權利義務皆詳列於保險條款，消費者務必詳加閱讀了解。 5.舊保單滿期後，本要保書車體損失險或第三人責任之保費，需依實際賠款紀錄重新核算。 6.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。 7.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。

本要保書(試算表)所列保費於民國 年 月 日止有效 單位：

新光產物強制汽車責任保險駕駛人傷害附加條款
 新光產物機車強制責任保險駕駛人傷害附加條款
 新光產物汽車強制責任保險駕駛人傷害附加條款(限車主本人)
 新光產物機車強制責任保險駕駛人傷害附加條款(限車主本人)

被保險人名冊

1	被保險人	姓名	出生年月日	身分證字號	與要保人關係	身故失能 保險金額	實支實付傷害 醫療保險限額	被保險人簽章 ※本人(被保險人)已 確認聲明事項之內容 請於下方欄位簽名。
		聯絡地址						
1	身故保險 金受益人	姓名	電話	身分證字號	與被保險人關係			
		聯絡地址						
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？(一)實支實付型傷害醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (二)實支實付型醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否								

新光產物汽車第三人責任保險附加駕駛人傷害保險暨傷害醫療給付附加條款

新光產物汽車保險附加駕駛人傷害保險(綜合型)

新光產物汽車駕駛人傷害保險傷害醫療給付附加條款

被保險人名冊

1	被保險人	姓名	出生年月日	身分證字號	與要保人關係	身故失能 保險金額	實支實付傷害 醫療保險限額	傷害醫療 保險金日額	被保險人簽章 ※本人(被保險人)已 確認聲明事項之內容 請於下方欄位簽名。
		聯絡地址							
1	身故保險 金受益人	姓名	電話	身分證字號	與被保險人關係				
		聯絡地址							
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？(一)實支實付型傷害醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (二)實支實付型醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否									

新光產物汽車保險附加交通事故傷害保險

被保險人名冊

1	被保險人	姓名	出生年月日	身分證字號	與要保人關係	身故失能 保險金額	實支實付傷害 醫療保險限額	傷害醫療 保險金日額	被保險人簽章 ※本人(被保險人)已 確認聲明事項之內容 請於下方欄位簽名。
		聯絡地址							
1	身故保險 金受益人	姓名	電話	身分證字號	與被保險人關係				
		聯絡地址							
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？(一)實支實付型傷害醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (二)實支實付型醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否									

2	被保險人	姓名	出生年月日	身分證字號	與要保人關係	身故失能 保險金額	實支實付傷害 醫療保險限額	傷害醫療 保險金日額	被保險人簽章 ※本人(被保險人)已 確認聲明事項之內容 請於下方欄位簽名。
		聯絡地址							
2	身故保險 金受益人	姓名	電話	身分證字號	與被保險人關係				
		聯絡地址							
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？(一)實支實付型傷害醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (二)實支實付型醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否									

被保險人注意事項：失能保險金、傷害醫療費用保險金的受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。

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。

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。
- 本人知悉新光產物保險公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。
- 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新光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新光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，而新光產物保險公司仍承保者，新光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新光產物保險公司者，同意新光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。

※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本請於下方欄位簽名。

※本人(要保人)已確認聲明事項之內容請於下方欄位簽名。

要保人簽名：_____

要保日期：民國____年____月____日