

健康樂活

本保險商品為非保證續保之健康保險

讓您健康樂活免煩惱

急性心肌梗塞(重度)

冠狀動脈繞道手術

癌症(重度)

重大器官移植或造血幹細胞移植

癱瘓(重度)

腦中風後殘障(重度)

末期腎病變

7大重大疾病(甲型)初次罹患保障

► 專案特色：

7 大 重 大 疾 病 (甲 型)保 障	+ 急性心肌梗塞(重度)	一 次 給 付 保 險 金
	+ 冠狀動脈繞道手術	
	+ 末期腎病變	
	+ 腦中風後殘障(重度)	
	+ 癌症(重度)	
	+ 癱瘓(重度)	
	+ 重大器官移植或造血幹細胞移植	

6 大 醫 療 給 付 項 目	+ 住院日額保險金	+ 燒燙傷病房補助保險金
	+ 出院療養保險金	+ 住院前後門診醫療保險金
	+ 加護病房補助保險金	+ 返國住院醫療保險金

本健康保險契約「首年疾病等待期間為30日，首年重大疾病等待期間為60日」

99.05.28(99)新產精發字第633號函備查、109.06.18(109)新產精發字第668號函備查；99.01.22(99)新產精發字第074號函備查、109.06.18(109)新產精發字第663號函備查；99.01.22(99)新產精發字第076號函備查、109.06.18(109)新產精發字第665號函備查；99.01.22(99)新產精發字第079號函備查、109.06.18(109)新產精發字第667號函備查

專案商品內容

		給付項目/金額	計劃一	計劃二	給付限制
初次罹患保障 重大疾病(甲型)		急性心肌梗塞(重度)	100,000	150,000	本契約有效期間內以1次為限。
		冠狀動脈繞道手術			
		腦中風後殘障(重度)			
		末期腎病變			
		癌症(重度)			
		癱瘓(重度)			
		重大器官移植或造血幹細胞移植			
醫療給付項目		住院日額保險金	1,000/日	2,000/日	同一保單年度同一次住院，除精神疾病外，以180日為限。 (因精神疾病住院診療者，每一保單年度以90日為限。)
		出院療養保險金	500/日	1,000/日	同一保單年度同一次住院，除精神疾病外，以60日為限。 (因精神疾病住院診療者，每一保單年度以60日為限。)
		住院前後門診醫療保險金	250/次	500/次	住院前二週內及出院後二週內，同一次住院以4次為限。
		加護病房補助保險金	1,000/日	2,000/日	同一保單年度同一次住院以60日為限。
		燒燙傷病房補助保險金	1,000/日	2,000/日	同一保單年度同一次住院以90日為限。
		返國住院醫療保險金	亞洲地區5,000 亞洲以外地區10,000		海外住院治療返國後翌日起算7日內住醫院3天以上者， 本契約有效期間內以1次為限。

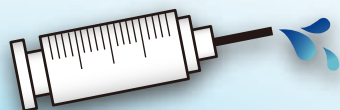
理賠範例說明

阿飛投保「健康樂活」計劃二，半年後腹部劇痛，至醫院求診治療，診斷出罹患胃癌，期間住院2個月，其中10天為加護病房，且於出院後兩週內，在不同日回診4次，之後阿飛即準備了相關文件申請理賠。

● 經理賠審核後，其可領得保險金：

初次罹患重大疾病(甲型)保險金	150,000元
住院日額保險金	2,000 × 60 = 120,000元
加護病房補助保險金	2,000 × 10 = 20,000元
出院療養保險金	1,000 × 60 = 60,000元
住院前後門診醫療保險金	500 × 4 = 2,000元

理賠總金額：352,000元



費率表

新台幣:元

保額	男性				女性			
	計劃一		計劃二		計劃一		計劃二	
	1000元		2000元		1000元		2000元	
年齡	首年	續年	首年	續年	首年	續年	首年	續年
1~4	3,610	3,946	7,183	7,847	2,867	3,135	5,704	6,235
5~9	877	964	1,729	1,896	727	799	1,432	1,573
10~14	509	562	990	1,093	352	391	686	756
15~19	1,046	1,144	2,050	2,241	664	729	1,290	1,412
20~24	1,461	1,607	2,876	3,155	1,014	1,110	1,981	2,167
25~29	1,520	1,666	2,966	3,251	1,354	1,492	2,625	2,891
30~34	2,119	2,332	4,121	4,526	1,808	2,001	3,485	3,842
35~39	3,188	3,523	6,175	6,802	2,345	2,602	4,483	4,956
40~44	4,242	4,705	8,131	8,984	3,211	3,587	6,041	6,716
45~49	4,759	5,303	8,965	9,949	3,808	4,270	7,078	7,896
50~54	5,693	6,385	10,565	11,787	4,391	4,937	8,085	9,042
55~59	7,851	8,860	-	16,074	5,314	5,967	-	10,980
60	9,553	10,768	-	19,620	6,605	7,409	-	13,632

投保規則



繳費年期	一年期	
年齡限制	1足歲~60歲	
繳別	年繳	
首年等待期 限制	意外傷害	無
	疾病	30日
	重大疾病(甲型)	60日
投保限制	55歲以上限保計劃一	

注意事項

- 消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。
- 本專案恕不受理「在台工作之外籍勞工」、「外國人士、留學生及長期駐留大陸或國外人員(指居留國外超過六個月以上)」及「懷孕婦女(待產後一個月才可受理)」投保申請。
- 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與保險法令，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。
- 本公司為此商品文宣著作權人。
- 消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定附加費率最高34.03%，最低31.69%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話:0800-789-999)或網站(網址: <http://www.skinsurance.com.tw>)，以保障您的權益。
- 消費者於購買前，應詳閱金融消費者保護法相關法規(網址: <https://reurl.cc/a9ond4>)。
- 本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住院院，且正式辦理住院手續並確實於醫院接受診療者，但不包含全民健康保險第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院，保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。

(預留條碼)

111.01.22(111)新產傷發字第 058 號函送保險商品資料庫

保險單號碼		續保單號碼			
要保人	姓名/公司名稱	身份證號 統一編號		出生日期 民國 年 月 日	
	代表人	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		國籍/註冊地 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	
	聯絡地址	□□□-□□		聯絡電話	
電子保單 (同意請勾選)	<input type="checkbox"/> 支持環保愛地球,本人同意設定電子保單,且不寄送紙本保單,如本公司因特殊狀況無法提供時,得通知要保人改提供紙本保單。		電子信箱	(若同意設定電子保單,此欄位必填)	
				行動電話	(若同意設定電子保單,此欄位必填)
要保人與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 同一人(以下被保險人資料免填) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 僱傭					
被保人	姓名	身份證號		出生日期 民國 年 月 日	
	電子信箱	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		國籍/註冊地 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	
	聯絡地址	□□□-□□		聯絡電話	
保險期間	自民國 年 月 日 24 時起一年。於保險期間屆滿前,經本公司同意承保並通知續保,倘要保人繼續交付續保保險費,則本保險契約繼續有效。				
詢問事項	※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="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否,如勾選是者,請提供相關證明文件。				
受益人	※本契約保險金之受益人為被保險人本人,本公司不受理其指定及變更。 ※被保險人身故時,如本契約保險金尚未給付或未完全給付,則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。 ※前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。				
保障內容 / 方案 (新台幣:元)		<input type="checkbox"/> 計劃一		<input type="checkbox"/> 計劃二	
住院日額保險金		1,000 元/日		2,000 元/日	
出院療養保險金		500 元/日		1,000 元/日	
住院前後門診醫療保險金		250 元/次		500 次/元	
加護病房補助保險金		1,000 元/日		2,000 元/日	
燒燙傷病房補助保險金		1,000 元/日		2,000 元/日	
返國住院醫療保險金 (限一次)		亞洲地區 5,000 元/次 亞洲以外地區 10,000 元/次			
保險費		元		元	

被保險人告知事項：(要保人、被保險人須詳實填寫)

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。

被保險人服務單位	職位/工作內容	兼職	職業類別		
身高	體重	BMI 值	(由新光產物人員填寫)		
1、過去兩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)					
2、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？					
3、過去五年內是否曾因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 140mmHG 或舒張壓 90mmHG 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、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(GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者)。 (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。					
4、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。					
5、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害(外表無法明顯判斷者)？					
6、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？					
7、過去一年內是否曾因患乳腺炎、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？【被保險人為女性時，請填寫】					
8、是否已確知懷孕？如是，懷孕_____週【被保險人為女性時，請填寫】					
※被保險人現在及過去之健康情形若有上列 1~7 項所述的情況，請詳填：					
1.病名(外傷者，受傷部位)：_____					
2.就診大約日期：_____					
3.有無用藥/藥名：_____					
4.診療過程(門診或住院)：_____					
5.有無手術：_____					
6.治療結果及目前狀況：_____					
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，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。					
三、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。					
※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。					
※本保險商品為非保證續保之健康保險。					
※健康保險契約「疾病等待期間」之相關約定，請參閱各該健康保險契約條款。					
※被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依本契約條款之約定返還未滿期保險費。					
※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。					
要保人親簽：_____ 被保險人親簽：_____ 法定代理人或監護人親簽：_____ (未成年者請由法定代理人親簽。)					
申請日期：中華民國_____年_____月_____日					
保經代資訊		業務人員/登錄字號	保經代簽署	核保	專案代號
收件號：		經辦代號：			
單位代號：		業務員簽名：			
員工編號：		登錄字號：			
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。					

※首期繳費方式除信用卡者，如遇約定保險期間生效日早於實際繳費日時，本公司將以實際繳費日為其保險期間生效日。

繳費方式	首期： <input type="checkbox"/> 信用卡扣款 <input type="checkbox"/> 多元化繳費
------	---

信用卡簽帳單暨授權書 ※授權依上述信用卡繳費勾選期別辦理保費扣款

信用卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡【*本公司不接受AE卡】	發卡銀行：
信用卡卡號：_____	信用卡有效期限：西元20____年____月底止
持卡人姓名(正楷)：_____ 持卡人電話：_____	持卡人身分證號碼(必填)：_____
持卡人與要保人關係： <input type="checkbox"/> 要/被保險人本人 <input type="checkbox"/> 身故保險金指定受益人之一 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 公司負責人，左述關係皆須檢附關係證明	簽單保費(簽帳/帳扣金額)：如要保書所載之方案保費
持卡人已詳閱下列注意事項及授權約定事項，對簽帳單暨授權書內容均已充分瞭解，並於下方簽名表示同意： 一、持卡人同意以信用卡支付開保險費金額予新光產物保險股份有限公司(下稱本公司)，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。 二、本項交易若未經收單銀行核准，則本簽帳單自動失效，本公司得再行收費。 三、授權人將本授權書送達本公司據以辦理自動扣繳付款作業，並同意本公司於保險期間屆滿前，逕行以本授權書所載之信用卡扣款支付不限次數之續期保費。 四、有下列各款情形之一者，本授權書之效力自該情形發生之日起終止：(1)發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構之信用卡契約各款止時。(3)要保人以書面通知本公司終止授權。(4)授權人重新填具授權書變更本授權書內容時，本授權書效力自新授權書生效後，即行終止。 五、簽訂本授權書後，如繳付保險費之「信用卡」卡號變更、停用或有效期限到期時，授權人應主動以書面通知本公司變更；如未通知變更而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，依保險契約之相關規定辦理。 六、授權人如因發卡機構代收金額與應繳金額不符時，或對保險費計算、變動有異議者，除依本授權書約定終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。 七、授權人指定之信用卡不因日後簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。	
要保人簽名：_____ (須與要保書簽名一致)	授權人暨持卡人簽名：_____ (須與信用卡背面簽名一致) 日期：____年____月____日

新光產物保險需求及適合度分析評估暨業務員報告書(人身)

要保人				
自然人		法人		
姓名	名稱			
主要居住地 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (外國請填國別)	主要營業處所 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (外國請填國別)			
職業 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 註一-所列	行業 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 註一-所列			
客戶屬性 <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註二)		負責人基本資訊		
		姓名：_____ 國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (外國請填國別)		
被保險人 <input type="checkbox"/> 同要保人，免填以下欄位				
姓名	職業	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 註一-所列		
註一：律師、會計、公證、地政、記帳事務業；軍火商；不動產業；民間融資業(貸款、當舖等)；金融業(銀行、保險、信託、證券、融資租賃等)；珠寶及貴金屬製品批發零售業；藝術品、古董交易拍賣商；宗教組織或其從業人員；博奕業；匯款公司、外幣兌換所；外交組織或其從業人員；虛擬貨幣商；基金、投資管理顧問業；民意代表；政府機關或其從業人員；警察。 註二：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者： (1)依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構；國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。 (2)要保人或被保險人為法人，接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。 註三：本報告書之部分事項係依據洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。 註四：國籍、職業/行業如涉及雙重國籍或多重職業/行業者，得複選。 註五：法人負責人或代表人，原則應與要保書所記載一致。 註六：要保人多人時，請個別填寫報告書，若被保險人為多人時，以母公司、總機構之資訊及行業為準，自然人填一張為代表。				
一、過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上?		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明居住國家(地區)_____		
二、要保人或被保險人是否現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)?		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明_____		
三、要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序?		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
1.招攬經過：	<input type="checkbox"/> 招攬投保 <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 其他_____			
2.要保人與被保險人投保目的及需求(可複選)：	<input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他_____			
3.招攬時，是否向要保人或被保險人確認要保人與被保險人之關係及身分(如為法人需檢視其經濟部業工商登記查詢畫面或營利事業登記證；為自然人需檢視其身分證)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
4.身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，/請說明原因_____			
5.要保人及被保險人是否投保其他商業保險?	<input type="checkbox"/> 是，公司名稱：_____ <input type="checkbox"/> 否			
6.確認被保險人外觀體況健康，無四肢五官缺損或機能障礙?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請詳述部位及障礙程度：_____			
7.要保人繳交保險費之資金來源：	<input type="checkbox"/> 工作/營業收入 <input type="checkbox"/> 投資/業外收入 <input type="checkbox"/> 退休收入 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 解除或終止契約 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 其他_____			
8.要保人是否於投保前三個月內曾辦理解除契約、終止契約、貸款或保單借款?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
9.要保人與被保險人家庭中主要經濟來源者之財務狀況(單位：新臺幣，要保人為法人時免填)	(1)家中主要經濟來源者： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____			
	財務狀況	工作年收入及其他年收入：	家庭年收入	
	(2)要保人	<input type="checkbox"/> 25萬以下 <input type="checkbox"/> 26-50萬 <input type="checkbox"/> 51-75萬 <input type="checkbox"/> 76-100萬 <input type="checkbox"/> 101-150萬 <input type="checkbox"/> 151-200萬 <input type="checkbox"/> 201萬-300萬 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 75萬以下 <input type="checkbox"/> 76-100萬 <input type="checkbox"/> 101-150萬 <input type="checkbox"/> 151-200萬 <input type="checkbox"/> 201萬-300萬 <input type="checkbox"/> 其他_____	新台幣約_____萬元
	(3)被保險人或主要經濟來源者(同要保人免填)	<input type="checkbox"/> 25萬以下 <input type="checkbox"/> 26-50萬 <input type="checkbox"/> 51-75萬 <input type="checkbox"/> 76-100萬 <input type="checkbox"/> 101-150萬 <input type="checkbox"/> 151-200萬 <input type="checkbox"/> 201萬-300萬 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 75萬以下 <input type="checkbox"/> 76-100萬 <input type="checkbox"/> 101-150萬 <input type="checkbox"/> 151-200萬 <input type="checkbox"/> 201萬-300萬 <input type="checkbox"/> 其他_____	新台幣約_____萬元
10.是否於招攬時已親晤要、被保險人及法定代理人皆親自簽名?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
11.要保人、被保險人是否有疑似洗錢或資助恐怖主義之表徵?(為「是」者，請於右方欄位說明，如：不願提供身分證明文件、關心退保權益多於保障內容等)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明_____			
12.已向要保人說明如利用對於本保險契約或本公司所提供之服務從事洗錢或資助恐怖主義或其他不法行為，將受有刑責?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
業務員聲明事項 ※業務員已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料(含自然人之身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身分之文件等；如為非自然人，則需其之營業執照、其他設立或登記證照等)。 ※要保書之被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確經本人當面與要、被保險人說明並核對身分證件，且由要、被保險人親自填寫要保書及簽名無誤。 ※業務員已瞭解要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可可資傳遞電子文件之聯絡方式(保險契約係以電子保單形式出單者用)。 ※業務員已向要、被保險人說明本次購買保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。 ※本人具有招攬資格，招攬時已評估過要、被保險人收入、財務狀況、職業、繳交保險費之資金來源與保險費之負擔能力及保險金額的相當性，要保人確已瞭解其所繳保費係用以購買保險商品，並於面見要、被保險人後作成業務員報告書暨保單適合度分析表，如有不實致新光產險受損者時，願負賠償責任，特此聲明。				
單位：_____ 業務員親簽：_____ 簽署人簽章：_____ 民國：____年____月____日				

一、投保時，應先請業務員出示登錄證，並請其詳細告知登錄證上所載授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。

保險業務員管理規則第六條規定：業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知悉您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。**三、告知義務：**要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。

1. 保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。」又「要保人隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」前項契約解除權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅，或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。

2. 因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書及體檢表內各項，以及壽險公司指定醫師檢查健康狀況時之詢問事項，都需要實實在在詳細的說明或填寫清楚，不能有過失遺漏，故意隱瞞或告知不實情事。（例如：被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？應據實告知）否則保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約（不過保險公司須在知有解除原因後一個月內行使）；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人（或被保險人）能證明保險事故發生原因與未告知事項無關，且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

四、契約的終止

要保人得隨時終止本契約。契約之終止，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。要保人依前項約定終止本契約時，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。被保險人非因本契約所約定之保險事故而致本契約效力終止時，本公司應將其未滿期保險費按日數比例退還要保人。

五、除外責任

(一) 被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而住院診療者，本公司不負給付保險金的責任。

1. 被保險人之故意行為（包括自殺及自殺未遂）。
2. 被保險人之犯罪行為。
3. 被保險人非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品。

(二) 此外在健康保險單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍，可以參閱。

六、本保險商品受財產保險安定基金之保障。

財產保險安定基金依保險法第一百四十三條之三第一項第三款規定，代保險業墊付要保人、被保險人及受益人依有效契約所得為請求之範圍，限於依保險法第六條設立之財產保險業及外國財產保險業在中華民國境內之總分支機構銷售之保險契約。但不包括分入之再保險業務。

七、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：

- (一) 要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向本公司免費申訴專線0800-789-999或財團法人金融消費評議中心申訴。
- (二) 要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定先向保險業提出申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向財團法人金融消費評議中心申請評議。
- (三) 如因保險契約爭議涉訟者，依據人身保險各險示範條款之約定，以要保人住所地法院為第一審管轄法院，要保人的住所不在中華民國境內時，則以雙方約定之法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

附註：本投保人須知僅供參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司（下稱本公司）依個人資料保護法（下稱個資法）第6條第2項、第8條第1項（如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集目的：

(一) 財產保險(〇九三)。(二) 人身保險(〇〇一)。(三) 消費者、客戶管理與服務(〇九〇)。(四) 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)。

二、蒐集個人資料之類別：

包括但不限於姓名、身分證統一編號（護照號碼或居留證號碼）、出生年月日、住址、聯絡方式（電話號碼、行動電話、電子郵件地址）、病歷、醫療、健康檢查、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及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間接蒐集之情形適用）：

(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、利用之期間、對象、地區及方式：

(一) 期間：個人資料蒐集特定目的存續期間、提供金融商品或服務契約期間、因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。

(二) 對象：

1、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、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。

2、與本公司簽訂契約之保險代理人/保險經紀人及因辦理財產保險相關業務需要之第三方。

3、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。

除法令規定本公司必須進行之通報作業、提供資料予公務機關或上述因本公司營運作業所需合作之關係企業或廠商外，本公司不會在未獲得您的同意下將您的個人資料提供予任何第三方。

(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3條及第20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：以書面或其他日後可供證明之方式。**六、您不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：**您若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。

上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-789-999 免付費專線。

本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。