

新光產物產品責任保險要保書

107.12.01(107)新產新發字第1083號函送保險商品資料庫

保險單號碼		第		號本單係		號續保	
要保人				統一編號			
代表人(負責人)		出生年月日		電子信箱			
住所		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		電話/傳真			
<input type="checkbox"/> 要保人與被保險人為同一人(被保險人資料免填) 要保人與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 同一人 <input type="checkbox"/> 其他							
被保險人				統一編號			
代表人(負責人)		出生年月日		電子信箱			
住所(通訊處)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		電話/傳真			
經營業務種類 (請說明係製造商、批發商、零售商或其他)							
要保產品名稱				業務代號		創立日期	
產品來源		(請說明係自行生產、製造、加工或向何行號採購)		職業代號		檢驗合格證號碼	
地區限制							
準據法限制 中華民國法律							
保險期間 自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止							
追溯日 自民國 年 月 日 時起							
代號	承保項目			保險金額(新台幣)		自負額(新台幣)	
01	每一個人身體傷害之保險金額						
02	每一意外事故身體傷害之保險金額						
03	每一意外事故財物損失之保險金額						
04	保險期間內之累計保險金額						
保險期間內預計銷售總金額(新台幣)：							
保險費率(由承保公司核保人員填)按銷售總金額千分之 計算							
預收保險費(由承保公司核保人員填)(新台幣)：							
最低保險費(由承保公司核保人員填)(新台幣)：							
本保險單適用附加條款：(1) 自動續保： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 超商 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 帳戶扣款 <input checked="" type="checkbox"/> 不同意 (若未勾選視為不同意) (2) 其他：							
說明事項	1. 上年度同期實際銷售總金額：_____ 其中最近一個月銷售金額_____						
	2. 最近五年以來是否曾發生意外事故？如有，請詳述之_____						
	3. 過去是否曾向其他保險公司投保同保險？如有，請填保險公司名稱_____						
	4. 目前是否有向其他保險公司投同類保險？如有，請詳填投保公司名稱、保險單號碼及保險期間_____						
	5. 投保產品配合法令要求投保？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
要保人注意及聲明事項 1. 保險內容如有變動，應通知保險公司並辦理批改。 2. 遇有事故發生時應立即通知保險公司並盡力避免損失之擴大。 3. 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。 4. 本人(要保人)已受告知並瞭解所投保商品之重要內容及投保須知等相關事宜。 5. 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。 6. 本人知悉 貴公司得依「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人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。 此致 新光產物保險股份有限公司							
				要保人簽章：			
				要保日期： 年 月 日			
經辦代號：		保經代簽署：		核保		科長	
經紀人/代理人代號：							
業務員簽名：		申請：					
登錄字號：		保單正本 份 副本 份					
		收據正本 份 副本 份					
		投保證明 份					

※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。