



地址：台北市104建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335

免費申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999

新光產物保險

要保人可透過本公司網站<http://www.skinsurance.com.tw>

或至總公司、分公司及通訊處查詢資訊公開說明文件

# 機車保險要保書

105.04.15(105)新產車發字第602號函送保險商品資料庫

強制保險證號碼		任意保險單號碼			
要保人		與被保險人關係		代表人	
要保人身分證號碼		出生日期	民國 年 月 日	國籍	性別
住所(通訊處)		TEL:		婚姻	
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，且不寄送實體保單。 <input type="checkbox"/> 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	行動電話
被保險人		使用人		代表人	
被保險人身分證號碼		出生日期	民國 年 月 日	國籍	性別
住所(通訊處)		TEL:		婚姻	
保險期間		<input type="checkbox"/> 一年期 <input type="checkbox"/> 兩年期 自民國 年 月 日 中午12時			
原始發照年月	製造年份	車輛廠牌型式及代號	輕重型	乘載限制	排氣量
民國 年 月	西元 年 月		<input type="checkbox"/> 01重型 <input type="checkbox"/> 32大型重型 <input type="checkbox"/> 02輕型 <input type="checkbox"/> 34小型輕型		C.C
引擎/車身號碼	牌照號碼				
險種	保險種類	重置價格	保險金額(元)	自負額	保險費(元)
31	第三人責任險	每一個人傷害	無	無	
32		每一意外事故之傷害			
27	慰問金費用保險	每一個人/每一事故	無	無	
21	強制責任險	每一個人傷害醫療	依強制汽車責任保險給付標準規定	無	
47	駕駛人傷害險	每一個人死亡定額/殘廢最高	無	無	
00	交通事故傷害險	傷害醫療	5萬	無	
		殘廢或死亡	100萬		
		住院日額	2000元/日		
總保費：					元

被保險人姓名	出生年月日	身分證字號	住址	與要保人關係	死亡給付受益人	與被保險人關係	死殘保險金額	每次實支實付傷害醫療保險金額	傷害醫療保險日額	被保險人簽章 <small>(本人(被保險人)已確認聲明事項之內容請於下方欄位簽名。)</small>
								5萬元	2000元	

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：
	強制等級	前期等級	本期等級	係數	
經辦人	經紀/代理人		收費員	通路別	

收費地址：

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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；業務員僅推薦下列車體損失保險商品： <input type="checkbox"/> 車體損失保險甲式 <input type="checkbox"/> 車體損失保險乙式 <input type="checkbox"/> 車體損失保險丙式 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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；業務員僅推薦下列產物保險公司之車體損失保險商品(請填寫業務員所推薦之特定保險公司名稱)： 產物保險股份有限公司		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。 (四)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。 (五)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。 要保人茲聲明：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。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。			
要保人簽章：	保經代簽章	核保	科長	經/副理	
要保日期：					
業務員簽章：					
登錄字號：					

本要保書(試算表)所列保費於民國 年 月 日止有效

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  
 新光產物強制汽車責任保險駕駛人傷害附加條款(營業車、特種車適用)  
 新光產物強制汽車責任保險駕駛人傷害附加條款(自用大型車適用)  
 新光產物機車強制責任保險駕駛人傷害附加條款(基本型)  
 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	身故殘廢 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)  
**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	身故殘廢 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	身故殘廢 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	身故殘廢 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：殘廢保險金、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