

新光產物個人傷害保險〈甲型〉要保書

要保人可透過免費服務電話 (0800-005-588、0800-789-999) 或本公司網站 (<http://www.skinsurance.com.tw>)、總公司、分公司及通訊處查詢及索取電腦查閱資訊公開說明文件。

103.09.19(103)新產傷健發字第1006號函送保險商品資料庫
104.08.03 依據金融監督管理委員會 104.05.15 金管保壽字第10402041970號函修訂

保單號碼	續保單號	保險期間	自民國 年 月 日午夜十二時起一年。
------	------	------	--------------------

要保人	姓名		性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期	年 月 日
	身分證號碼				聯絡電話	(H): (O): 行動電話:
	戶籍/聯絡住址	<input type="text"/>			Email	
被保險人 <small>○同要保人右列免填</small>	姓名		性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期	年 月 日
	身分證號碼				聯絡電話	(H): (O): 行動電話:
	聯絡住址	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 同要保人聯絡住址		Email	
	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"/> 兄弟姊妹 <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? 是 否

■ 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明? 是 否, 如勾選是者, 請提供。

■ 身故受益人: 法定繼承人 指定受益人姓名: _____ 身分證號碼: _____ 與被保險人關係: _____
給付方式: 均分 順位 聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____

※殘廢保險金及傷害醫療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。

※指定身故受益人限定為被保險人之配偶、子女、父母及兄弟姊妹, 未勾選或指定者, 視為同意以法定繼承人為身故保險金受益人。

保障內容	保險金額 (新台幣: 元)			
	方案 A	方案 B	方案 C	方案 D
一般意外身故、殘廢	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
重大燒燙傷保險金	30 萬	50 萬	80 萬	100 萬
每人年保險費	一至四類	<input type="checkbox"/> 883	<input type="checkbox"/> 1,765	<input type="checkbox"/> 2,647
	五至六類	<input type="checkbox"/> 3,055	-	-
選擇型傷害醫療保險金 實支實付型/定額型 擇一給付	傷害醫療保險金 (實支實付型)	5 萬		5 萬
	定額型	一般病房住院日額保險金	每日 1,000	每日 1,000
	加護病房住院日額保險金	每日 2,000	每日 2,000	
	燒燙傷病房住院日額保險金	每日 3,000	每日 3,000	
	門診保險金	每日 150	每日 150	
居家療養保險金 (每次傷害給付最高 90 日)	-	-	每日 1,000	-
住院慰問保險金 (住院須達 5 日(含)以上)	每次 1,000	-	每次 2,000	-
每人年保險費	一至四類	<input type="checkbox"/> 422	-	<input type="checkbox"/> 570
	五至六類	<input type="checkbox"/> 1,461	-	-

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。

被保險人服務單位	職位/工作內容	(由新光產物人員填寫)
兼職	職業類別	

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。
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。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保險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。

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? 是 否

(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、主動脈血管瘤。(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、巴金森氏症。(3) 癌症 (惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒症、血友病。(4) 糖尿病。(5) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6) 視網膜出血或剝離、視神經病變。

2、被保險人目前身體機能是否有下列障害? 是 否

(1) 失明。(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。(3) 聾。(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。(5) 啞。(6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7) 四肢 (含手指、足趾) 缺損或畸形。

若有以上事項, 請詳述告知, 如就診醫院、就診大約日期、診療紀錄, 請告知診治項目及結果。

※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, 消費者務請詳加閱讀。
※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本, 投保前須知、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。
※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」(92.12.29 財政部台財保字第 0920073327 號函核准(公會版))、95.08.31 依據行政院金融監督管理委員會 95.09.01 金管保二字第 09502522257 號令修正、99 年 2 月 10 日產健字第 018 號函備查) 條款之內容及規定。
※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同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: _____ 法定代理人親簽: _____
(未成年者請由法定代理人親簽。)

被保險人親簽: _____ 要保日期: 民國 年 月 日

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:				99ISK27 安心年年 系列三
單位代號:		簽名:				
簽名:		登錄字號:				
登錄字號:						

保單號碼/險種名稱 <small>(由新光產物人員填寫)</small>	被保險人 <small>(由新光產物人員填寫)</small>	簽單保費(簽帳/帳扣金額) <small>(由新光產物人員填寫)</small>
---	------------------------------------	---

繳費方式	首期： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 匯款轉帳 銀行代碼：812(台新銀行/建北分行) 您的帳號：98950 + 被保險人身分證號碼後9碼 受款人：新光產物保險股份有限公司
	續期： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 超商繳費 <input type="checkbox"/> 帳戶扣款

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	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：_____ 電話(日間)：_____ 行動電話：_____	持卡人身分證號碼：_____
持卡人與要保人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <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	簽單保費(簽帳/帳扣金額)：新台幣_____元

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上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、 本項交易若未獲收單銀行核准，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明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，授權人發卡機構之信用卡契約終止時。(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。

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

帳戶扣款授權書 ※授權限續期保費 (若無核印記錄需另填寫自動轉帳付款授權書)

<input type="checkbox"/> 銀行帳戶：(透過媒體交換(ACH)金融機構轉帳代繳)	
金融機構代號： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	銀行帳號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 郵局帳戶：存簿帳號局號： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 帳號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /劃撥帳號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
帳戶授權人姓名：	帳戶授權人身份證字號/統編：
授權人與要保人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <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	簽單保費(簽帳/帳扣金額)：新臺幣_____元

本人授權新光產物保險公司及上述之指定銀行/郵局得自授權人之上述帳戶內自動轉帳，以繳付所指定之保險契約應繳不限次數續期保險費。倘本人帳戶發生無足夠餘額或該帳戶遭法院強制執行無法轉帳者致無法扣繳保險費所招致之損失，概由本人負責。

授權人簽名：_____

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)

要保險人/要保單位	身分證字號
被保險人	身分證字號

- 招攬經過：
 主動投保 招攬投保 陌生拜訪 親友介紹 其他_____
- 要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選)
 保障 子女教育經費 退休規劃 房屋貸款 其他_____
- 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？ 是 否
要保人國籍：_____ 被保險人國籍：_____ (中華民國國籍者免填)
- 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬、兄弟姐妹，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？
 是 否，請說明原因_____
- 要保人及被保險人是否投保其他商業保險？
 否 是，公司名稱：_____
- 確認被保險人外觀體況健康，無四肢五官殘缺或機能障礙？
 是 否，請詳述部位及障礙程度：_____
- 要保人與被保險人或家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： 要保人 被保險人 其他，請說明_____
(2) 工作年收入及其他收入： 50萬以下 51-100萬 101-200萬 201萬以上
(3) 財務與資產狀況： 50萬以下 51-100萬 101-200萬 201萬以上
- 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？
 是 否

業務員聲明事項
 ※ 要保書之被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確經本人當面向要、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。
 ※ 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、被保險人後作成本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害時，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 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。為知道您投保的內容，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，都需要實實在在詳詳細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：過去二年內是否曾因傷害或患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？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擔賠償責任，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。被保險人非因約定之意外傷害事故而身故時，本契約效力即行終止；倘終止後有未滿期之保險費者，本公司應按日數比例退還給要保人；本契約終止時，若要保人已身故，則退還未滿期之保險費給主契約身故保險金之受益人。

五、除外責任

被保險人因下列原因致成死亡、殘廢或傷害時，本公司不負給付保險金的責任。

1. 要保人、被保險人的故意行為。
2. 被保險人犯罪行為。
3. 被保險人飲酒後駕（騎）車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。
4. 戰爭（不論宣戰與否）、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。
5. 因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。

六、不保事項

被保險人從事下列活動，致成死亡、殘廢或傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付保險金的責任。

1. 被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。
2. 被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。

七、職業或職務變更的通知義務

被保險人變更其職業或職務時，要保人或被保險人應即時以書面通知本公司。

被保險人所變更的職業或職務，依本公司職業分類其危險性減低時，本公司於接到通知後，應自職業或職務變更之日起按其差額比率退還未滿期保險費。

被保險人所變更的職業或職務，依照本公司職業分類其危險性增加時，本公司於接到通知後，自職業或職務變更之日起，按差額比率增收未滿期保險費。但被保險人所變更的職業或職務依照本公司職業分類在拒保範圍內者，本公司於接到通知後得終止契約，並按日計算退還未滿期保險費。

被保險人所變更的職業或職務，依照本公司職業分類其危險性增加，未依約定通知而發生保險事故者，本公司按其原收保險費與應收保險費的比率折算保險金給付。

八、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。

九、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0800-005-588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，以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所在中華民國境外時，則以雙方約定之地方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（O九三）。
- (二) 人身保險（OO一）。
- (三) 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、委託協助處理賠款之公證人或機構。
- (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。
4. 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）：

若您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 0800-005-588 免付費專線。