



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
 要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw
 或至總公司、分公司及通訊處查閱資訊公開說明文件

新光產物住宅火災保險要保書

※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。

立要保書人願依照 貴公司有關於住宅火災及地震基本保險條款或地震基本保險條款之約定，將下列標的物要保住宅火災及地震基本保險或地震基本保險，並聲明下列各款之說明均屬真實無訛，足為訂立正式保險契約之根據，特立本要保書存證。

106.10.02(106)新產火發字第 1044 號函送保險商品資料庫

保險單號碼	第	號本單係	號續保	費率性質	險別代號					
要保人				身分證字號/統一編號/護照號碼：	出生年月日					
通訊處所				電話	性別					
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，若勾選自動續保時，亦同。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	(若設定電子保單，此欄必填)					
被保險人				身分證字號/統一編號/護照號碼：	出生年月日					
通訊處所				電話	性別					
負責(代表)人	(法人專用欄)			要保人與被保險人關係						
總保險金額 (新台幣元)	住宅火災保險：	保險費	(1)住宅火災保險：	(3)其他附加險	(1)+(2)+(3)保費合計					
	住宅地震基本保險：		(2)住宅地震基本保險：							
保險期間	(個月、天)自民國 年 月 日中午十二時起至民國 年 月 日中午十二時止									
保險標的物 所在地址					郵遞區號					
建築等級	<input type="checkbox"/> 造 <input type="checkbox"/> 屋頂地上層共 層地下共 層 等建築									
建築物	建造年份：民國 年；使用面積(含公共設施)： 坪(1平方公尺=0.3025坪) 保險金額約定以重置成本為基礎，如需加保附加險者，其保險費另計。									
動產	1.本保險契約於承保被保險人所有建築物之後即自動承保其所有置存建築物內動產，其保險金額之約定以實際價值為基礎，並為建築物保險金額之百分之三十，但最高以新台幣六十萬元為限，被保險人對前述動產之保險金額認為不足時，可另行投保其不足之部分。 2.如需加保附加險者，其保險費另計。 3.因地震所致動產之損失不予賠償。 4.每一次竊盜事故賠償金額以新臺幣十萬元為限，保險期間內累計賠償金額最高以新臺幣二十萬元為限。 5.被保險人對於每一次竊盜事故之賠償金額，須先行負擔新臺幣五千元，本公司僅就應賠償金額超過部分負賠償責任。									
第三人責任	1.本保險契約自動承保住宅第三人責任基本保險。 2.責任限額：每一個人體傷為新臺幣五十萬元。每一個人死亡為新臺幣一百萬元。 每一意外事故體傷及死亡為新臺幣五百萬元。每一意外事故財物損害為新臺幣一百萬元。 保險期間內之最高賠償金額為新臺幣二百萬元。 3.被保險人對於每一次事故之賠償金額，須先行負擔第三人體傷部分新臺幣二十元，第三人財物損害部分新臺幣一萬元，本公司僅就理算後應賠償金額超過部分負賠償責任。									
玻璃	1.本保險契約於承保建築物之後即自動承保住宅玻璃保險，每一次事故賠償金額以新臺幣一萬元為限，保險期間內累計賠償金額最高以新臺幣二萬元為限。 2.被保險人對於每一次事故之賠償金額，須先行負擔新臺幣一千元，本公司僅就理算後應賠償金額超過部分負賠償責任。									
火災保險	編號	保險標的物	動產別	保險金額	保險費率 % 短期係數	純費率 %	保險費	使用性質 代號	建築等級	
	001	建築物	2					住宅	A0001A8	
	002	建築物內動產	1					住宅	A0001A8	
地震基本保險	001	建築物 (不包括動產及裝潢)	2					住宅	A0001A8	
加費投保附加險類別	<input type="checkbox"/> 擴大地震險 <input type="checkbox"/> 颱風及洪水險 <input type="checkbox"/> 水漬險 <input type="checkbox"/> 罷工、暴動、民眾騷擾、惡意行為險 <input type="checkbox"/> 恐怖主義險 <input type="checkbox"/> 租金損失險 <input type="checkbox"/> 自動消防裝置滲漏險 <input type="checkbox"/> 竊盜險 <input type="checkbox"/> 地層下陷、滑動或山崩險 <input type="checkbox"/> 超額賠款地震險 <input type="checkbox"/> 特定事故傷害保險									
加保續保約定附加條款	加保本續保約定附加條款，於保險期間屆滿前，本公司依本附加條款之約定，在有利於或不影響要保人及被保險人之權益，以書面方式通知後逐年辦理續保。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (若未勾選視為不同意) 上開所稱有利於或不影響要保人及被保險人權益，係指續保內容與前期保單一致或有以下情形所致之續保內容改變：1.修訂「台灣地區住宅類建築造價參考表」所致保險金額變動、2.費率下降或保費降低、3.自動擴大承保範圍而不加收保費、4.標的物門牌改編(行政區域重劃或升格所致標的物地址變更)、5.要保人或被保險人提出之個人資料變動(包括更名、身分證字號異動、通訊地址、連絡電話等)、6.變更抵押權人及7.其他法令變動。									
扣款方式	<input type="checkbox"/> 超商繳費 <input type="checkbox"/> 帳戶扣款(請另填寫帳戶扣款授權書) <input type="checkbox"/> 信用卡(請另填寫信用卡簽帳單暨授權書)									
有否向其他保險公司投保	其他保險公司保險單號碼保險標的物保險金額									
備註	對於同一保險標的物，如同時向其他保險人投保相同之住宅火災及地震基本保險，要保人應立即將其他保險人之名稱及保險金額通知本公司。 本保險契約保險標的物經保險公司同意並於保險契約上載明設定有抵押權者，本保險契約即適用住宅及地震基本保險抵押權附加條款，除臨時住宿費用給付被保險人外，應給付之住宅火災保險保險金在債權範圍內，優先清償抵押權人，應給付之住宅地震基本保險保險金，則以60%為限在債權範圍內優先清償抵押權人。									
抵押權人	行庫代號	業務來源	通路別							
請註明	貸款戶： <input type="checkbox"/> 1.新貸 <input type="checkbox"/> 2.增貸/續貸 <input type="checkbox"/> 3.轉貸 <input type="checkbox"/> 6.次順位貸款(住宅地震基本保險保險金額為零時) 非貸款戶： <input type="checkbox"/> 4.新保 <input type="checkbox"/> 5.續保									
要保人聲明事項：	(一)、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」，本人已瞭解貴公司收集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。 (二)、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、利用或國際傳輸之權利。							要保人簽章： 電話： 收費地址：		
業務員簽名	保險經紀人簽署	經辦代號	核保科	長	副理	要保日期：				
登錄字號	保險代理人								1.保單正本 份;副本 份 2.收據正本 份;副本 份	

住宅火災及地震基本保險附加特定事故傷害保險被保險人名冊

本名冊附於並構成整個要保書

編號	被保險人姓名	身份證字號	出生年月日	與要保人關係	身故(喪葬費用)保險金 受益人 身分證字號 與被保險人關係	保險金額			保費合計	
						身故(喪葬費用)及殘廢保險金	實支實付傷害醫療保險金	傷害醫療保險金日額(住院慰問保險金)		
01						萬元	萬元	元	元	
受益人聯絡方式(若同要保人請於☐打勾)		地址/電話:								
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: ○是 ○否 (二)實支實付型醫療保險: ○是 ○否										
02						萬元	萬元	元	元	
受益人聯絡方式(若同要保人請於☐打勾)		地址/電話:								
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: ○是 ○否 (二)實支實付型醫療保險: ○是 ○否										
03						萬元	萬元	元	元	
受益人聯絡方式(若同要保人請於☐打勾)		地址/電話:								
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: ○是 ○否 (二)實支實付型醫療保險: ○是 ○否										
04						萬元	萬元	元	元	
受益人聯絡方式(若同要保人請於☐打勾)		地址/電話:								
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: ○是 ○否 (二)實支實付型醫療保險: ○是 ○否										
保 險 費 總 計					新台幣					元

被保險人注意事項：殘廢保險金及醫療保險金之受益人均為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。

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。	被保險人編號				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。	
	01	02	03	04		
	是	否	是	否	是	否
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？ (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、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？ (1)、失明。 (2)、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)、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。						

聲 明 事 項

- 一、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，要保人並願接受保險契約各項條款及規定之約束。 貴公司並得使用此一要保書上相關資料於產物保險一般行政及業務。
- 二、本人(被保險人)同意新光產物保險公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- 三、本人(被保險人)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、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
- 四、本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。
- 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。
- 六、身故保險金受益人如係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額受益人之通知依據

※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(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。

要保人簽名		被保險人簽名(未成年者其法定代理人簽名)	01	02	03	04
-------	--	----------------------	----	----	----	----

要保日期：民國 年 月 日