



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、分公司及通訊處查詢閱覽資訊公開說明文件

新光產物汽車保險要保書

Shinkong Automobile Insurance Proposal

(預留條碼)

要保書文號：109.04.15(109)新產車發字第 394 號函送保險商品資料庫

強制保險證號 Compulsory liability insurance number		任意保險單號 Voluntary insurance number								
要保人 Proposer	姓名/公司名稱 Name/Company	身份證號 / 統一編號 ID or Residence permit number / Tax ID number		出生日期 Date of Birth	YYYY / MM / DD					
	代表人 Representative	性別 SEX	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	國籍/註冊地 Nationality	<input type="checkbox"/> 本國 Domestic <input type="checkbox"/> 外國 Foreign_____					
	聯絡地址 Address			職業/行業 Occupation						
聯絡電話 Contact Number				行動電話 Mobile						
電子保單 (同意請勾選) E-insurance policy (Agree and check)		<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。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。 I agree electronic delivery of insurance policy instead of paper copy .If the transmission fails under irresistible factors, Shinkong will inform you to deliver policy in paper copy instead.		電子信箱 E-mail	(Required by E-insurance policy)					
要保人與被保險人關係： Relationship with Insured: <input type="checkbox"/> 同一人 Self <input type="checkbox"/> 其他 Others										
被保人 Insured	姓名/公司名稱 Name/Company	身份證號 / 統一編號 ID or Residence permit number / Tax ID number		出生日期 Date of Birth	YYYY / MM / DD					
	代表人 Representative	性別 SEX	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	國籍/註冊地 Nationality	<input type="checkbox"/> 本國 Domestic <input type="checkbox"/> 外國 Foreign_____					
	聯絡地址 Address			職業/行業 Occupation						
聯絡電話 Contact Number				行動電話 Mobile						
保險期間 Period		自民國 年 月 日 12 時起至 民國 年 月 日 12 時止 YYYY MM DD 12 pm to YYYY MM DD 12 pm								
原發照年月 Issue date (YYYY/MM)	製造年月 Date of manufacture (YYYY/MM)	車輛廠牌型式 Vehicle brand	車輛種類及代號 Series & Model	排氣量 Cubic capacity	引擎號碼/車身號碼 Engine number	牌照號碼 License number	承載限制 Seating capacity	抵押權人或受益人 Beneficiary	使用人 User	婚姻 Marriage
										<input type="checkbox"/> 是 Y <input type="checkbox"/> 否 N

險種代號 Code	保險種類 Category	保險金額(新台幣元) Insured Amount (NT)	自負額(新台幣元) Deductible (NT)	保險費(新台幣元) Premium (NT)	備註 remark
		重置價格 Replacement price			
	竊盜損失險 Theft insurance				
	第三人責任險 Third party liability insurance	每一個人傷害 Injury/per person	N/A		
		每一意外事故之傷害 Injury/by accident			
		每一意外事故之財損 Property damage/ by accident			
	乘客 Passenger	每一個人傷害 Injury/per person	N/A		
		旅客 Traveler			
	強制附加駕駛人傷害險 Compulsory liability & Driver injury Insurance	每一個人體傷 Bodily Injury/per person	N/A		
		每一個人死亡或失能 Death or disability/per person			
		每一意外事故之總額 Total amount/by accident			
	第三人責任附加駕駛人傷害險 Third party liability & Driver injury Insurance	死亡或失能 Death or disability	N/A		
		住院日額 Hospital incom benefit			
	慰問金費用保險 Consolation Insurance	每一個人慰問金 The consolation/per person	N/A		
		每一事故慰問金 The consolation/by accident			
強制險保險費(A)\$ Compulsory liability insurance premium		任意險保險費(B)\$ Voluntary insurance premium		總保險費(A+B)\$ Total premium	
強制汽車責任險 Compulsory automobile liability insurance	保險期間 Period	自民國 年 月 日 中午 12 時起 From YYYY MM DD 12am	至民國 年 月 日 中午 12 時止 (個月) to YYYY MM DD 12am (month)	保險費 Premium N.T.\$	需同時簽發強制險保險證 Compulsory insurance certificate must be issued at the same time

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。

加選指本

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	管理人	通路別		

收費地址：

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)本人已閱明並瞭解「實支實付型醫療保險或實支實付型醫療保險之告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司得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。
 (四)本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金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依其保險條款約定給付責任。

要保人茲特聲明：
 本要保書所填各項，均屬詳實，絕無隱匿偽報情事，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。此致
 新光產物保險股份有限公司

要保日期：
Date signed
 要保人簽章：
Signature of proposer

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；實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	業務人員/登錄字號	保經代簽署	核保	收件日期
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	經辦代號：			
1. 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。 2. 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。 3. 舊保單滿期後，本要保書車體損失險或第三人責任之保費，需依實際賠款紀錄重新核算；無論已否辦理續保，該項保費如有逾收，應予退費；如有短收，應予補收。	業務員簽名：			
*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。	登入字號：			

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
Shinkong Insurance Compulsory automobile liability add-on Driver injury clause
- 新光產物機車強制責任保險駕駛人傷害附加條款
Shinkong Insurance Compulsory motor vehicle liability add-on Driver injury clause
- 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)
Shinkong Insurance Compulsory automobile liability add-on Driver injury clause (only owner)
- 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)
Shinkong Insurance Compulsory motor vehicle liability add-on Driver injury clause (only owner)

被保險人名冊
Insured list

被保險人 Insured	姓名 Name	出生年月日 Day for birth	身分證字號 ID or residence permit number	與要保人關係 Relationship with proposer	身故失能保險金額 Insured amount of Death or disability	實支實付傷害醫療保險限額 Limit amount of injury medical reimbursement insurance	被保險人簽章 Signature of insured ※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 Address						
1 身故保險金受益人 Beneficiary	姓名 Name	電話 Mobile	身分證字號 ID or residence permit number	與被保險人關係 Relationship with insured			
	聯絡地址 Address						
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Yes ○否No Did insured buy Injury medical reimbursement or Medical reimbursement insurance contract for any one? Injury medical reimbursement insurance Medical reimbursement insurance							

- 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
Shinkong Insurance Third party liability insurance add-on Driver injury & injury medical benefit clause
- 新光產物汽車保險附加駕駛人傷害保險(綜合型)
Shinkong Insurance Automobile insurance add-on Driver injury insurance (Comprehensive)
- 新光產物汽車駕駛人傷害保險暨傷害醫療給付附加條款
Shinkong Insurance Driver injury insurance add-on injury medical benefit clause

被保險人名冊
Insured list

被保險人 Insured	姓名 Name	出生年月日 Day for birth	身分證字號 ID or residence permit number	與要保人關係 Relationship with proposer	身故失能保險金額 Insured amount of Death or disability	實支實付傷害醫療保險限額 Limit amount of injury medical reimbursement insurance	傷害醫療保險金日額 Daily benefit of Injury medical insurance	被保險人簽章 Signature of insured ※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 Address							
1 身故保險金受益人 Beneficiary	姓名 Name	電話 Mobile	身分證字號 ID or residence permit number	與被保險人關係 Relationship with insured				
	聯絡地址 Address							
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Yes ○否No Did insured buy Injury medical reimbursement or Medical reimbursement insurance contract for any one? Injury medical reimbursement insurance Medical reimbursement insurance								

新光產物汽車保險附加交通事故傷害保險

Shinkong Insurance Automobile insurance add-on Traffic accident injury insurance

被保險人名冊

Insured list

1	被保險人 Insured	姓名 Name	出生年月日 Day for birth	身分證字號 ID or residence permit number	與要保人關係 Relationship with proposer	身故失能保險金額 Insured amount of Death or disability	實支實付傷害醫療保險限額 Limit amount of injury medical reimbursement insurance	傷害醫療保險金日額 Daily benefit of Injury medical insurance	被保險人簽章 Signature of insured ※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 Address								
	身故保險金受益人 Beneficiary	姓名 Name	電話 Mobile	身分證字號 ID or residence permit number	與被保險人關係 Relationship with insured				
	聯絡地址 Address								
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Yes <input type="radio"/> 否No (二)實支實付型醫療保險: <input type="radio"/> 是Yes <input type="radio"/> 否No Did insured buy Injury medical reimbursement or Medical reimbursement insurance contract for any one? Injury medical reimbursement insurance Medical reimbursement insurance									
2	被保險人 Insured	姓名 Name	出生年月日 Day for birth	身分證字號 ID or residence permit number	與要保人關係 Relationship with proposer	身故失能保險金額 Insured amount of Death or disability	實支實付傷害醫療保險限額 Limit amount of injury medical reimbursement insurance	傷害醫療保險金日額 Daily benefit of Injury medical insurance	被保險人簽章 Signature of Insured ※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 Address								
	身故保險金受益人 Beneficiary	姓名 Name	電話 Mobile	身分證字號 ID or residence permit number	與被保險人關係 Relationship with insured				
	聯絡地址 Address								
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Yes <input type="radio"/> 否No (二)實支實付型醫療保險: <input type="radio"/> 是Yes <input type="radio"/> 否No Did insured buy Injury medical reimbursement or Medical reimbursement insurance contract for any one? Injury medical reimbursement insurance Medical reimbursement insurance									

被保險人注意事項: 失能保險金、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。

Notice for insured:

The beneficiary of the disability insurance and injury medical expenses insurance is the insured person, and the company does not accept designation or change.

If the beneficiary of the death insurance benefit is designated separately that the insured does not agree to fill in the beneficiary's contact address and telephone number, the last contact information left by the insured will be used as the future death insurance benefit Basis for notification of beneficiary

聲明事項:

The Declaration:

- 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。
I (the insured) agree that Shinkong Insurance Company collect, process and use my personal data related to health checks, medical treatment and medical records.
- 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。
I (the insured, the proposer) agree that Shinkong Insurance Company will transfer my proposal information to the Property and Life Insurance Association to establish a computer system connection, and agree that the member company of the Property and Life Insurance Association can inquire about my information in the system is used As a reference for insurance and claim settlement, but each company should still decide whether to underwrite or settle insurance according to its own underwriting or claim settlement standards, and not use previous information as the basis for underwriting or claim settlement.
- 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。
I have reviewed and understood the "Application notice" provided by Shinkong Insurance Company. And I have understood the purpose of Shinkong Insurance company's collection, processing and use of my personal information with the "Notifications for Performance of the Obligations under Personal Information Protection Act by Non-Life Insurer"
- 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。
I (the insured, the proposer) know that Shinkong Insurance Company has the right to collect, process and use my personal information within the scope stipulated by "Computer-Processed Personal Data Protection Law".
- 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。
I (the insured, the insured person) know and understands the beneficiary of the injury medical reimbursement insurance or the medical reimbursement insurance that medical expense receipt should be submitted when applying for insurance benefits. However, if the insured has already insured with more than two injury medical reimbursement insurance or medical reimbursement insurance from Shinkong Insurance Company or the insured notified Shinkong Insurance Company that had bought from other company. When Shinkong Insurance Company still insures, Shinkong Insurance Company still be liable for the payment of the same insurance incident in accordance with the respective insurance clauses. If there is repeated insurance without notifying ShinKong Insurance Company, it is agreed that ShinKong Insurance Company will not be liable for the same insurance incident that has been covered by the National Health Insurance or other personal insurance contracts.

※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。

I (the proposer) have received the sample or photocopy of the policy, please sign in the field below.

※本人(要保人)已確認聲明事項之內容請於下方欄位簽名。

I (the proposer) have confirmed the declaration and please sign in the field below.

要保人簽名: _____

Signature of proposer

要保日期: 民國____年____月____日

Date signed: YYY Y MM DD

※ 此文件僅供參考, 請填寫正式中文版本。 This document is for reference only, please fill in the official Chinese version.