



中國信託金控
台壽保產險

AX:04-24836573

105.1.1 開始使用
台壽保產物(新)個人傷害保險要保書

104.08.04(104)台壽保產險商品字第0050號函送保險商品資料庫
105.01.22依金融監督管理委員會104年12月31日金管保產字第10402148310號函修正

有關本公司資訊公開說明，歡迎查閱本公司網站(<http://www.tlg-insurance.com>)，或親臨本公司台北市中正區許昌街17號18樓之1或各分支機構洽詢。本公司免費申訴電話:0800-075-777。

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，基於保險公司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，消費者務必詳加閱讀了解。

保單號碼:		第	號係	第	號續保
要保單位/代表人/ 要保人姓名:		統一編號/ 身分證字號:		出生日期:民國	年 月 日 年齡:
住所:□□□		聯絡電話:		與被保險人關係:	
被保險人姓名: □同要保人		身分證字號:		出生日期:民國	年 月 日 年齡:
住所:□同要保人住所□□□		聯絡電話: 住家()		公司()	手機
服務單位:		職稱:		工作性質:	婚姻狀況:□已婚□未婚
身故保險金受受益人:(受受益人超過1人時請詳述保險金分配及順序方式,若無註明則以均分辦理。)		職稱:		工作性質:	兼職:
□法定繼承人□指定受受益人之姓名、關係、電話、聯絡地址:		身故保險金受受益人如係分別之指定及如有要保人不同意填寫受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受益人之通知依據。		是否已投保(請勾選):1.實支實付型傷害醫療保險:□是□否 2.實支實付型醫療保險:□是□否 是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明?□是(請提供)□否	
保險期間:自民國		年	月	日午夜十二時起一年。	年繳總保費: 元
承保範圍/保險金額		幣別/單位:新臺幣/元	□計劃A	□計劃B	□計劃C
主契約	(新)個人傷害保險	身故及殘廢保險金	100萬	200萬	300萬
		重大燒燙傷保險金	5萬	6萬	10萬
特定意外 傷害事故 附加保險	大眾運輸工具意外身故及殘廢保險金	150萬	300萬	500萬	850萬
	地震意外身故及殘廢保險金	150萬	300萬	500萬	850萬
	電梯意外身故及殘廢保險金	150萬	300萬	500萬	850萬
	火災意外身故及殘廢保險金	150萬	300萬	500萬	850萬
	特定天災意外身故及殘廢保險金	120萬	220萬	310萬	500萬
傷害 醫療 附加 保險	傷害醫療保險金實支實付型	2萬	2萬	3萬	5萬
	傷害醫療保險金日額型	1,000	1,000	2,000	2,000
	加護病房保險金	2,000	2,000	4,000	4,000
	燒燙傷病房保險金	2,000	2,000	4,000	4,000
	特別看護費用保險金	10萬	12萬	30萬	50萬
年繳保險費	職業類別第一、二、三類	1,200	2,000	3,100	4,800
	職業類別第四類	2,443	4,050	-	-
自動續約附加條款同意書:要保人投保(新)個人傷害保險,加保台壽保產物自動續約附加條款,若符合該附加條款之約定,於保險期間屆滿後,上述所列要保人投保之保障項目得繼續有效。		□同意 □不同意 (若未勾選視為不同意)		※投保時未滿15足歲者,本保險給付項目不含身故保險金。	
【要保人(被保險人)告知事項】本人於訂立本契約時,對於 貴公司要保書書面詢問之告知事項均已據實說明,如有為隱匿或遺漏不為說明,或為不實之說明者,保險公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約。保險事故發生後亦同。但要保人(被保險人)證實危險之發生未基於其說明或未說明之事實時,不在此限。		(一)過去二年內是否曾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140mm舒張壓90mm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、糖尿病。(4)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(5)視網膜出血或剝離、視神經病變。		□是 □否,如是,請說明:	
(二)目前身體機能是否有下列障害?(1)聾、啞、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)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(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)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。				□是 □否,如是,請說明:	
【要保人與被保險人聲明事項】		1.本人(被保險人)同意台壽保產物保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。 2.本人(被保險人、要保人)同意台壽保產物保險股份有限公司將本要保書上記載本人資料轉送產、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。 3.本人(被保險人、要保人)同意台壽保產物保險股份有限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。 4.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台壽保產物保險股份有限公司兩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台壽保產物保險股份有限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,而台壽保產物保險股份有限公司仍承保者,台壽保產物保險股份有限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台壽保產物保險股份有限公司者,同意台壽保產物保險股份有限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)已審閱貴公司「保單條款樣本或影本」及「投保人須知」及「要保書填寫說明」。		※本人已知悉並明瞭「台壽保產物傷害保險恐怖主義行為保險額給付附加條款」(92.12.29 財政部台財保第0920073327 號函核准(公會版)、105.01.22依金融監督管理委員會104年12月31日金管保產字第10402148310號函修正)條款之內容及約定。			
要保人簽名:		法定代理人簽名/關係:		要保日期:	
被保險人簽名:		(要/被保險人未滿20歲者需其法定代理人簽名)		民國 年 月 日	
核保	初核/輸入	服務人員	業務員填寫欄		保險經紀(代理)人簽署
		單位	登錄字號	姓名	
		業務來源(代號):			

以下非屬要保書內容

【(新)四季平安】105.01

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

台壽產物保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定,向台端告知下列事項,請台端詳閱:

- 一、蒐集之目的:
 - (一)財產保險(〇九三)
 - (二)人身保險(〇〇一)
 - (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、蒐集之個人資料類別:

包含但不限於要保人、被保險人、受益人、或責任險第三人姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、病歷、醫療、健康檢查、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
 - (一)要保人/被保險人
 - (二)司法警憲機關、委託協助處理賠之公證人或機構
 - (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、個人資料利用之期間、對象、地區、方式:
 - (一)期間:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
 - (二)對象:本(分)公司、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、財團法人保險犯罪防制中心、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、台灣業據交換所、財金資訊公司、開貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
 - (三)地區:上述對象所在之地區。
 - (四)方式:合於法令規定之利用方式。
 - 五、依據個資法第三條規定,台端就本公司保有台端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:書面或透過本公司免付費客服電話(0800-075-777)。
 - 六、台端不提供個人資料所致權益之影響:

台端若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、遲延或無法提供台端相關服務或給付。
- 註:上開告知事項內容已公告於本公司官網(<http://www.tlg-insurance.com>),如有任何問題,請洽本公司免付費客服電話 0800-075-777。

保險需求及適合度評估暨業務員報告書 (A&H 適用)

要保單位 /要保人	名稱	國籍	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 本國人 <input type="checkbox"/> 外國人:國籍_____	法人:行業別/ 自然人:職業別
	統一編號/ 身分證字號			
被保險人	姓名	國籍	<input type="checkbox"/> 本國人 <input type="checkbox"/> 外國人:國籍_____	職業別
	身分證字號			
受益人	姓名	國籍	<input type="checkbox"/> 本國人 <input type="checkbox"/> 外國人:國籍_____	職業別
	身分證字號			

●適用:個人傷害險、個人健康險、旅行平安險、旅行綜合險

- 1、要保人與被保險人投保目的及需求:(可複選)增加保障 風險轉移 員工福利 其他_____
- 2、被保險人與業務員的關係是:親戚,關係_____ 朋友,認識_____年 他人介紹
陌生拜訪 主動投保 其他_____
- 3、要保人與被保險人財務狀況:(請以阿拉伯數字填寫,要/被保險人如為同一人,僅填被保險人即可)

年收入	被保險人:新臺幣	萬元	要保單位/要保人:新臺幣	萬元	※若被保險人為已婚者,請於要保人欄位填寫夫妻雙方年收入總和;若被保險人為未成年人/學生時,請於要保人欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。
收入來源					

- 4、家中主要經濟來源者姓名:_____為被保險人之:本人 配偶 父母 子女 其他_____
 - 5、被保險人是否已投保(或正在投保)其他商業保險:否 是,保險公司名稱:_____
 - 6、受益人如非被保險人之父母、配偶、子女,請說明原因:_____
- 被保險人身體健康狀況:正常/普通 其他(肥胖、矮小、瘦弱、巨大、病容、肢端肥大、膚色潮紅、蒼白、黃疸、水腫、聾啞、步態不穩、智障、盲、肢體殘缺/畸形)※請說明:_____

●適用:團體傷害險、旅行平安險(集體彙繳件)、旅行綜合險(集體彙繳件)

- 1、要保單位與被保險人投保目的及需求:(可複選)增加保障 風險轉移 員工福利 其他_____
- 2、要保單位財務狀況:資本額:_____萬元 成立時間:_____年 員工人數:_____人
過去三年平均每年營業收入:_____萬元

※業務員聲明事項

- 1、要保書之被保險人職業及告知事項,確實經本人當面向要、被保險人說明,並由要、被保險人親自填寫要保書並簽名無誤。
- 2、本人向要被保險人招攬時,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,並於面見要、被保險人後作成保險需求及適合度評估暨業務員報告書,如有不實,致台壽產物保險股份有限公司受損害時,願負賠償責任,特此聲明。

※業務員補充說明

招攬單位:_____ 業務員簽名:_____ 簽署人簽章:_____

※執業之保險代理人或保險經紀人,為業務招攬時,請於業務員欄簽章。 中華民國:_____年_____月_____日

※填報說明:

- 1.有約定續保條款且保險金額未異動、降低或縮減承保範圍之續保件可免填報。
- 2.團體保險及保險金額 500 萬(含)以下之旅行平安保險集體彙繳件,可以要保人(單位)為主填報一份即可。

- ① 新、續保件需附件
② 申請理賠需附件

台壽保產物保險股份有限公司

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理或利用，除本公司「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理或利用，將於人身保險及財產保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台端不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料，本公司將可能無法提供 台端相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

✓ 立同意書人（即被保險人）_____ 已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

台壽保產物保險股份有限公司

✓ 立同意書人（即被保險人）簽名：_____

法定代理人 簽名：_____

(李滿 20 需簽法長)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

凡在全農出單新續保件皆需附件

保險代理人履行個人資料保護法
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(即被保險人),本人已瞭解下述告知說明,並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理相關保險業務時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內為蒐集、處理及利用,以及將上開資料轉送與 貴公司所代理之保險公司辦理相關保險業務。立同意書人併此聲明,此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

一、蒐集之目的:

(一) 保險代理 (二) 人身保險 (三) 財產保險 (四) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別:

- (一) 病歷
- (二) 醫療
- (三) 健康檢查

三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式(各會員公司得參酌業務種類、屬性,自行選擇適當項目):

- (一) 期間:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象:本(分)公司、本公司所代理之保險公司、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、財團法人保險犯罪防制中心、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、業務委外機構、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (三) 地區:上述對象所在之地區。
- (四) 方式:合於法令規定之利用方式。

四、依據個資法第3條規定, 台端就本公司及本公司所代理之保險公司保有 台端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(各公司得視實際須要記載,惟應具體列出行使方式)。
- 五、台端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):

台端若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轉送、客戶服務等作業,因此將婉謝、延遲或無法提供 台端相關服務(視業務性質記載)。

此致

全農保險代理人(股份)有限公司

√立同意書人簽名(即被保險人): _____

法定代理人簽名: _____

(林滿之歲 需簽法良)

中 華 民 國 年 月 日