



## 兆豐產物個人保險要保書

※ 本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站 (<https://www.cki.com.tw>) 查閱，或親臨本公司(100 台北市武昌街一段五十八號) 及各分機構洽詢。  
 ※ 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。  
 ※ 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。  
 ※ 被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依契約條款之約定返還未到期保險費。  
 ※ 本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。

113 年 9 月 12 日兆產備字第 1134300589 號函備查

保 險 單 號 碼		續 保 號 碼		報 價 單 號 碼			
保 險 期 間		自民國 年 月 日 24 時起一年					
被 保 險 人	姓 名	身 分 證 統 一 編 號		出 生 日 期			
	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		國 籍 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____			
	公 司 名 稱	職 稱		工 作 內 容			
	住 所 地 址	□□□		職 業 代 碼 (由本公司填寫)			
	E - M A I L	※.數字 0 請以 0 書寫		與要保人之關係			
	電 話	住宅：	公司：	手機：			
要 保 人	<input type="checkbox"/> 同被保險人(可免填要保人相關欄位)		電 子 保 單		<input type="checkbox"/> 本人同意使用【電子保單且不寄送紙本保單】寄送指定要保人之 E-MAIL 帳號，勾選電子保單手機號碼或 E-MAIL 必填，若有缺漏則改發紙本。		
	姓 名	身 分 證 統 一 編 號		出 生 日 期			
	住 所 地 址	□□□		國 籍 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____			
	E - M A I L	※.數字 0 請以 0 書寫					
	電 話	住宅：	公司：	手機：			
受 益 人	※除身故保險金以外，其餘各項保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理指定或變更。被保險人身故時，如本契約保險金尚未給付或未完全給付，則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。 <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人，須填寫下列欄位						
	姓名	身分證字號	出生日期	國籍	與被保險人關係	聯絡住址、電話	給付方式
	1					<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 (依左列順序)
	2					<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話	
	3					<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話	
	※注意事項：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受益人之通知依據。						
繳 費 方 式 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥 <input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> _____ 繳 別 _____ 年繳 _____							
是否加保續保附加條款： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若未勾選視為不加保)							
附加傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款：對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動，不論其是否有其他原因或事件同時或先後介入所致被保險人死亡或失能，其給付額度依本附加條款約定辦理，最高以新台幣二百萬元為限。 ※被保險人為未滿十五歲之未成年人，或受監護宣告尚未撤銷者，其給付依保險法第一百零七條及第一百零七條之一規定辦理。							
承保範圍			保險金額(單位：新台幣元)				
			方案 A	方案 B	方案 C	方案 D	
個人責任保險(甲型) 每一次意外事故保險金額/保險期間內累計最高賠償金額/每一次意外事故之自負額			50 萬/50 萬/2,000 元		100 萬/100 萬/2,000 元		
平安個人傷害保險(身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金、重大燒燙傷保險金)			100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
平安個人傷害保險特定意外傷害事故保險給付附加條款 -火災、閃電雷擊、爆炸、一氧化碳中毒、地震、颱風、洪水、土石流、電梯、搭乘大眾運輸交通工具意外事故(身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金)			100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
平安個人傷害保險 傷害醫療 保險給付 附加條款 (加值型)	1.傷害醫療住院日額保險金 連續住院超過 30 日(含住進特定病房日數)，自第 31 日起以傷害醫療 住院日額保險金 1.5 倍計算 2.傷害醫療特定病房日額保險金 自入住特定病房起以傷害醫療住院日額保險金 2 倍計算 3.意外門診手術醫療保險金		1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,500 元	
			1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,500 元	
傷害保險食物中毒慰問金附加條款			5,000 元	5,000 元	5,000 元	5,000 元	
平安個人傷害保險住院安心療養給付附加條款			1,000 元	1,000 元	2,000 元	2,000 元	
每人年保險費	1-2 類		□ 1,584 元	□ 2,406 元	□ 3,439 元	□ 5,175 元	
	3 類		□ 1,584 元	□ 2,406 元	□ 3,439 元		
	4 類		□ 3,092 元	□ 4,754 元	□ 6,830 元		

【請續填下頁】

【接續上頁】

自選醫療附加方案(不得與上述傷害險方案交叉附加)

醫療附加方案		保險金額(單位：新台幣元)			
		附約 A	附約 B	附約 C	附約 D
傷害醫療保險給付附加條款(實支實付型正本)(需檢附醫療費用收據正本)		1 萬	2 萬	3 萬	3 萬
平安個人傷害保險特定失能生活扶助保險金附加條款		50 萬	100 萬	100 萬	100 萬
平安個人傷害保險住院慰問金附加條款		3,000 元	3,000 元	3,000 元	3,000 元
平安個人傷害保險顏面傷害失能保險給付附加條款		10 萬	20 萬	20 萬	20 萬
平安個人傷害保險輔助器具費用附加條款		1 萬	3 萬	3 萬	3 萬
每人年保險費	1-2 類	<input type="checkbox"/> 689 元	<input type="checkbox"/> 1,043 元	<input type="checkbox"/> 1,265 元	<input type="checkbox"/> 1,265 元
	3 類	<input type="checkbox"/> 689 元	<input type="checkbox"/> 1,043 元	<input type="checkbox"/> 1,265 元	
	4 類	<input type="checkbox"/> 1,447 元	<input type="checkbox"/> 2,191 元	<input type="checkbox"/> 2,656 元	
合計總保險費		_____元			
<b>【告知事項】</b> 要保人及被保險人對告知事項應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得依照保險法第六十四條解除本保險契約。					
一、被保險人之職業及兼業：_____。					
二、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(指收縮壓 140mmHG，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。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
三、目前身體機能是否有下列障害？ 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〇、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、吞嚥或言語機能等障害。7. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
以上各項答覆為「是」時，請註明數並詳加說明，如有診察治療記錄，請告知病名(外傷者，含受傷部分)、就診醫院、就診大約期間、診療過程(門診或住院)、有無手術、有無後遺症。					
<b>【聲明事項】</b> 一、本人(被保險人)同意兆豐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)同意兆豐產物保險公司將本要保書上所载本人資料轉送產、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(被保險人、要保人)同意兆豐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。 ※ 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？如勾選是者，請提供。(請勾選) ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※ 被保險人目前是否受有監護宣告？如勾選是者，請提供相關證明文件。(請勾選) ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※ 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？(投保實支實付型商品時勾選) ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※ 兆豐產物保險公司保有承保與否之最終權利。					
本人(要保人)已審閱 貴公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「投保人須知」及「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，並於下方欄位簽名：  要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人簽名：_____ (要保人未成年或受監護宣告者須簽名)					



健康傷害  
保險相關  
審閱內容

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 被保險人簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

要保日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (要/被保險人未成年者需由法定代理人簽名)

下列欄位由保險公司填寫

兆豐產險欄位	主管核定	核保	經辦	業務員簽名		保經代欄位	招攬人員簽名		保經、代公司簽章
				登錄字號			登錄字號		
				員工編號			營業單位名稱		
				商品專案代號	EQ		營業單位代號		