

兆福玖玖



專案內容

單位：新台幣 / 元

保障內容	A方案	B方案	C方案	D方案
個人責任保險(自負額2,000)	500,000	500,000	1,000,000	1,000,000
個人傷害保險(身故或喪葬費用保險金、失能保險金)	1,000,000	2,000,000	3,000,000	5,000,000
重大燒燙傷保險金	1,000,000	2,000,000	3,000,000	5,000,000
特定意外事故保險金(火災、雷擊、地震、電梯)含傷害保險	3,000,000	6,000,000	9,000,000	15,000,000
大眾運輸工具乘客意外事故保險金(含特定事故與傷害保險)	4,000,000	8,000,000	12,000,000	20,000,000
傷害保險傷害醫療保險住院日額(最長90天)	1,000	1,000	2,000	3,000
骨折未住院保險金(依骨折別日數表)	30,000	30,000	60,000	90,000
加護病房保險金(含住院日額最長30天)	2,000	2,000	4,000	5,000
燒燙傷病房保險金(含住院日額最長30天)	2,000	2,000	4,000	5,000
意外門診手術醫療保險金	1,000	1,000	1,000	1,000
食物中毒慰問金附加條款	5,000	5,000	5,000	5,000
1 - 2類	1,318	2,185	3,308	5,250
3類	1,318	2,185	3,308	—
4類	2,483	4,190	6,403	—
醫療附加方案(不得與上述傷害險方案交叉附加)				
失能扶助醫療包(加值購)	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)	10,000	20,000	30,000	50,000
特定失能生活扶助保險金(1 - 3級)	500,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
住院慰問保險金(意外住院三天(含)以上)	3,000	3,000	3,000	3,000
顏面傷害失能保險金	100,000	200,000	200,000	200,000
輔助器具費用保險金	10,000	30,000	30,000	30,000
1 - 2類總保費	2,007	3,228	4,573	6,788
3類總保費	2,007	3,228	4,573	—
4類總保費	3,932	6,384	9,062	—

商品特色

特定失能生活扶助給付，最高給付100萬

失能等級第一級至第三級符合其中之一項者，一次給付為限。

個人責任保險最高100萬

日常生活責任，對第三人依法應負之損害賠償責任，國內外完整保障。

實支實付及住院日額保障

傷害醫療包含實支實付、一般病房住院日額保險金、骨折未住院費用及特別病房等項目，可彌補健保之不足。

搭乘大眾運輸交通工具意外事故保障

搭乘陸海空大眾運輸交通工具遭受意外事故，提供增額保障。

食物中毒慰問金

符合保單條款「食物中毒」定義，依約定保險金額定額給付。

意外門診手術醫療保險金

因意外傷害事故致進行門診手術，依約定保險金額定額給付。

續保

簡化續保流程，降低保障中斷之風險。

輔助器具費用保險金，最高給付3萬

顏面傷害失能保險金，最高給付20萬

商品名稱 兆豐產物平安個人傷害保險、兆豐產物個人責任保險(甲型)、兆豐產物平安個人傷害保險大眾運輸工具乘客意外事故保險金附加條款、兆豐產物平安個人傷害保險特定事故保險給付附加條款、兆豐產物傷害醫療保險給付附加條款(實支實付型)、兆豐產物傷害醫療保險給付附加條款(日額型)、兆豐產物傷害保險食物中毒慰問金附加條款、兆豐產物傷害保險意外門診手術醫療保險金附加條款(甲型)、兆豐產物傷害保險加護病房保險金附加條款(甲型)、兆豐產物傷害保險燒燙傷病房保險金附加條款(甲型)、兆豐產物平安個人傷害保險特定失能生活扶助保險金附加條款、兆豐產物平安個人傷害保險顏面傷害失能保險給付附加條款、兆豐產物平安個人傷害保險住院慰問金附加條款、兆豐產物平安個人傷害保險輔助器具費用附加條款、兆豐產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款、兆豐產物續保附加條款

給付項目 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、第三人傷亡責任給付、第三人財損責任給付、實支實付傷害醫療保險金、傷害醫療保險金日額、食物中毒慰問金、意外門診手術醫療保險金、加護病房保險金、燒燙傷病房保險金、特定失能生活扶助保險金、顏面傷害失能保險金、住院慰問金、輔助器具費用保險金

備查文號 106年10月6日兆產備字第1064300790號函查、110年12月21日兆產備字第1104300822號函查、107年3月31日兆產備字第1074300189號函查、112年1月19日依111年8月30日金管保壽字第1110445485號函修正、106年10月6日兆產備字第1064300792號函查、110年12月21日兆產備字第1104300838號函查、107年3月31日兆產備字第1074300184號函查、110年12月21日兆產備字第1104300839號函查、106年10月6日兆產備字第1064300791號函查、111年12月16日兆產備字第1114300670號函查、107年3月31日兆產備字第1074300185號函查、110年12月21日兆產備字第1104300842號函查、107年3月31日兆產備字第1074300186號函查、107年9月12日依107年7月18日金管保壽字第10704938160號函逕修、107年3月31日兆產備字第1074300187號函查、109年3月6日依108年4月9日金管保壽字第10804904941號函修正、107年3月31日兆產備字第1074300179號函查、107年3月31日兆產備字第1074300180號函查、108年8月21日兆產備字第1084300503號函查、108年8月21日兆產備字第1084300507號函查、108年8月21日兆產備字第1084300502號函查、108年8月21日兆產備字第1084300506號函查、103年4月29日兆產備11510302428號函查、107年8月15日依107年6月7日金管保壽字第10704157330號函逕修、111年5月5日兆產備字第1114300240號函查

※本保險商品係為非保證續保之保險商品。
 ※本保險商品簡章內容僅供參考，詳細內容悉以正式保單條款為準。
 ※消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保及商品風險。
 ※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。
 ※本商品經兆豐產物保險股份有限公司(以下稱兆豐保險)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。
 ※每一被保險人投保金額不得超過兆豐保險承保限制，且依投保內容及其他相關資訊(含同業通報資訊)進行核保審查，兆豐保險保有承保與否或調整保額之最終權利。
 ※消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率(預定附加費用率)最高44%，最低44%；如要詳細瞭解其他相關資訊，請洽兆豐保險免付費電話(0800-053-588)或企業網站(網址: www.cki.com.tw)，以保障您的權益。

投保注意事項

一、投保資格及職業類別

(一)要保人須年滿15足歲(未成年者為要保人時，要保人及被保險人須為同一人)。

(二)被保險人：

承保年齡為年滿15足歲至70歲，續保至75歲，未成年者須附法定代理人簽名(未註明足歲之年齡，均為保險年齡，詳述如下)。

1.方案A、B、C：年滿15足歲至70歲，續保件可至75歲。

2.方案D：須年滿20足歲至60歲，續保件可至70歲。

※保險年齡：投保時，實際年齡有未滿一歲但超過六個月之零數時，其保險年齡按實際年齡加計一歲；若零數未超過六個月者，保險年齡即為實際年齡。

(三)投保時要保人及被保險人須在中華民國境內。

(四)如為外籍人士，投保時需檢附有效居留證。

二、被保險人與要保人之關係

限本人、配偶、父母或子女，如為僱傭關係投保者，要保人須為法人，及符合保險法第十六條之規定。

三、承保職業類別

(一)職業類別為1至4類(詳參閱兆豐產險職業分類表規定)。

(二)職業分類投保限額依要保書所載為限。

(三)被保險人於保險期間內，倘有工作性質變更而危險性增加且變更後之職業類別不屬本專案承保範圍者，務請書面通知兆豐保險辦理退保，並按日計算退還未滿期保費。

四、保額限制

序號	被保險人之職業及身份別	投保限額	可投保之方案
1	家管、家庭主婦、退休人士	200萬	A、B
2	無業及待業者(非遊民)		
3	清潔工(非高牆、高樓外牆及天花板清潔人員)、果農、農夫		
4	學生(15歲以上，未滿23歲)		
5	71歲至75歲之續保	300萬	A、B、C
6	保姆、看護工、流動攤販、檳榔攤		
7	外籍人士，限為企業高階經理人或白領階級(職業分類表第1至3類者，投保時需檢附有效居留證)		

五、受益人之指定與變更

(一)失能保險金的受益人，為被保險人本人，兆豐產險不受理其指定或變更。

(二)身故保險金受益人原則以法定繼承人、被保險人之父母、配偶、子女及兄弟姊妹為限。

(三)變更身故保險金受益人，應檢附要、被保險人簽章同意之契約內容變更申請書，經批改後始生效力。

六、承保注意事項

(一)被保險人於兆豐保險現有個人傷害保險之主、附約及個人(家庭成員)責任保險暨附加傷害保險僅以投保一次為限。

(二)每位被保險人於兆豐保險累計一般身故及失能保險金額以1,000萬元為限(含同業則以2,000萬元為限)，且與身故或失能相關之累計危險保額以2,000萬元為限(含特定事故給付、大眾運輸工具乘客意外事故給付、假日意外傷害事故給付、海外活動期間增額給付、失能增額給付、及身故保險金之保額)。

(三)於契約有效期間內，不得增加保額；如欲減少保額者，得終止契約後，重新辦理投保。

(四)契約有效期間內，除要保人身故外不得變更要保人。

不保職業

序號	行業別	職業類別
1	兆豐保險傷害險職業分類手冊之職業類別列為第 5、6 類、適用特別費率及拒保者。	
2	內陸漁業	漁塢經營者(親自作業)、養殖工人(內陸)、養殖工人(沿海)、捕漁人(內陸)、捕漁人(沿海)、海邊撈魚苗者。
3	木材加工業	防腐劑工人、木材儲藏槽工人。
4	坑外作業	礦業工程師、技師、領班、工礦安全人員。
5	陸上及海上 油礦開採業	所有作業人員。
6	陸運	拖板車司機、聯結車司機及前述之隨車工人、道路工程車司機及機械操作員。
7	航運	碼頭工人及領班、領航員、引水人。
8	空運	清潔工(高牆或天花板)
9	建築公司土木工程	模板工、石棉瓦或浪板安裝工人、鋁門窗裝修人員、帆布鐵架架設、空調風管架設人員、拆屋、遷屋工人、輕鋼架架設人員、雜工、臨時工、搭設舞台人員、圍牆鐵網搭建。
10	道路鋪設	平地鋪設工人、管道鋪設及維護工人。
11	電梯升降梯	按裝工人、修理及維護工人。
12	裝璜業	室外裝璜人員。
13	其他工程業	地質探測員(山區、海上)
14	水泥業(包括 水泥、石膏、石灰)	工人。
15	汽車、機車、自行車製造業修理業	瓦斯車安裝人員。
16	電影業、電視業	佈景搭設人員、燈光及音響器材架設人員、有線電視架設人員。
17	宗教團體	乩童、八家將。
18	電信及電力	電力裝置維護修理工、電信工程設施之架設人員、水力或火力發電廠工作人員。
19	自來水水利	水利工程設施人員。
20	環境保護	下水道清潔工。
21	其他及自由業	無業(遊民)、資產管理(討債公司)人員、環保資源回收廠現場操作機具人員。
22	治安人員	警務特勤人員(迅雷、霹靂、危安小組、首長貼身安全人員)、水上警察、空中警察、刑警、消防隊隊員、義消、義警、義交、鎮暴警察、保一、保四、保五、保七總隊(保一、四、五、七總隊內勤行政人員可承保)。
23	現役軍人	所有現役軍人。(但19000030軍事單位行政及內勤人員、19000050軍事醫院官兵可承保)
24	職業運動人員	核保人員依運動類型判定為拒保者



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，或親蒞本公司(100 台北市武昌街一段五十八號) 及各分支機構洽詢。
- ※ 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。

111 年 12 月 19 日兆產個保字第 1115400950 號函送保險商品資料庫

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	民國 年 月 日		
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	年 齡		
	公司名稱	工作內容		職 稱			
	副業	國 籍		職業代碼 (由本公司填寫)			
	住所地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	E - M A I L		※.數字 0 請以 0 書寫		
電話	住宅：	公司：		手機：			
<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】寄送至指定要保人之 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。			
要保人	姓名	身分證統一編號		出生日期	民國 年 月 日		
	代表人	與被保險人係		國 籍			
	住 所	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	E - M A I L	※.數字 0 請以 0 書寫					
	電 話	住宅：	公司：		手機：		
<p>※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。</p> <p><input type="checkbox"/>法定繼承人 <input type="checkbox"/>指定受益人，須填寫下列欄位</p>							
受 益 人	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	
<p>※注意事項：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。</p>							
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)							
<p>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。</p> <p>※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。</p>							
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		100 萬/100 萬/2,000			
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事故保險給付附加條款		200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬		
平安個人傷害保險大眾運輸工具乘客意外事故保險金附加條款		100 萬	200 萬	300 萬	500 萬		
傷害醫療保險給付附加條款(日額型)		1,000	1,000	2,000	3,000		
傷害保險加護病房保險金附加條款(甲型) 每次事故最高 30 日		1,000	1,000	2,000	2,000		
傷害保險燒燙傷病房保險金附加條款(甲型) 每次事故最高 30 日		1,000	1,000	2,000	2,000		
傷害保險食物中毒慰問金附加條款		5,000	5,000	5,000	5,000		
傷害保險意外門診手術醫療保險金附加條款(甲型)		1,000	1,000	1,000	1,000		
每人年保險費	1-2 類	<input type="checkbox"/> 1,318 元	<input type="checkbox"/> 2,185 元	<input type="checkbox"/> 3,308 元	<input type="checkbox"/> 5,250 元		
	3 類	<input type="checkbox"/> 1,318 元	<input type="checkbox"/> 2,185 元	<input type="checkbox"/> 3,308 元			
	4 類	<input type="checkbox"/> 2,483 元	<input type="checkbox"/> 4,190 元	<input type="checkbox"/> 6,403 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)		1 萬	2 萬	3 萬	5 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	3,000	3,000	3,000
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"/> 1,538 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"/> 1,449 元	<input type="checkbox"/> 2,194 元	<input type="checkbox"/> 2,659 元	
合計總保險費		_____元			

【告知事項】

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。

是 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。

是 否

以上各項答覆為「是」時，請註明號數並詳加說明，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。

【聲明事項】

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。

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兆豐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兆豐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，而兆豐產物保險公司仍承保者，兆豐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兆豐產物保險公司者，同意兆豐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。

※ 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)：是，否 如勾選是者，請提供。

※ 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)：是，否，如勾選是者，請提供相關證明文件。

※ 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(投保實支實付型商品時勾選)

※ 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。

※ 兆豐產物保險公司保有承保與否之最終權利。

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	業務員簽名	保代/保經簽署章
				業務員登錄字號		業務員登錄字號	
				保經代代號		營業單位名稱	
				代號		營業單位代號	



【財產保險商品】書面分析報告 ※續保件且投保條件相同者免填

一. 基本資料(塗改請要保人親簽)

要保人(□同被保人)		被保險人(如團體投保請填一人代表其餘詳名冊)	
姓名		姓名	
性別		性別	
年齡	____年/____月/____日 歲:____	年齡	____年/____月/____日 歲:____
投保車險必填欄位		身分證字號	
		車牌號碼	
		車輛種類	<input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 汽車

二. 保險需求(塗改請要保人親簽)

是否有指定之保險公司	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, _____ 保險公司
本次投保之目的及需求(可複選)	<input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 責任保障 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 其他:_____
欲投保之保險種類	<input type="checkbox"/> 任意車險 <input type="checkbox"/> 火險/地震險 <input type="checkbox"/> 僱主責任險 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 教責險 <input type="checkbox"/> 其他_____
保險期間	____年____月____日起 ~ ____年____月____日止
欲投保之保險金額	保額_____萬元/元
被保人是否已投保其他商業保險之有效保險契約?	<input type="checkbox"/> 是, _____ 保險公司 <input type="checkbox"/> 否

三. 保險費支出(塗改請要保人親簽)

預估繳交之保險費	幣別: _____ 台幣 保費: _____ 元
----------	--------------------------

四. 業務員建議事項(塗改請業務員親簽)

保險公司名稱及概況	<input type="checkbox"/> _____ 產物保險(股)公司提供DM, <input type="checkbox"/> 保險公司網站 <input type="checkbox"/> 保發中心網站 查詢概況
保險險種名稱: (填寫商品名稱)	<input type="checkbox"/> 任意車險 <input type="checkbox"/> 火險/地震險 <input type="checkbox"/> 僱主責任險 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 教責險 <input type="checkbox"/> 其他_____
保險金額	保額:_____萬元/元(團單詳名冊)
保障範圍	<input type="checkbox"/> 提供商品DM <input type="checkbox"/> 提供商品條款 <input type="checkbox"/> 提供投保項目報價單
保險費	保費:_____元(團單請填總保費)
建議投保保險公司理由	<input type="checkbox"/> 商品符合規畫 <input type="checkbox"/> 其他_____
報酬收取說明	◎本公司規定不得向要保人收取任何型式報酬。

本人已審閱「蒐集、處理及利用相關之健康檢查、醫療、病歷及個人資料告知事項」內容

要保人簽名: _____ 被保人簽名: _____

法定代理人簽名: _____ (與要/被保人的關係: _____)

業務人員簽名: _____ 登錄證字號: _____

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 保經簽署人章: _____

承利保險經紀人履行個人資料保護法 蒐集、處理及利用個人資料告知書

承利保險經紀人股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

（一）保險經紀業務 （二）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：

包含但不限姓名、身分證統一編號、聯絡方式等個人資料(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）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、地區、對象、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：本公司、產、壽險公司、財團法人金融消費評議中心、業務委外機構、依法有調查權機關、金融監理機關或因辦理產、壽險相關業務需要之第三方。
（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 3 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： 台端可透過本公司客服專線 0800-210-383、書面或其他日後可供證明之方式。

六、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審核及處理作業，因此將婉謝、延遲或無法提供相關服務（視業務性質記載）。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

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、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、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。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、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、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。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 承利保險經紀人股份有限公司

兆豐產物保險股份有限公司

保險需求及適合度評估暨業務員報告書

險別：傷害保險 健康保險 微型保險〔請填*問項〕
旅行平安保險〔由團體成員自行全額負擔保費者，以要保人(單位)為主填報一份〕

壹、要/被保險人資料

一、基本資料、體況：

(一)要/被保險人之基本資料

	要保人	被保險人 / <input type="checkbox"/> 同要保人
姓名		
身分證 統一編號		
國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____
職業	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業
負責人	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____	
法人 註冊地	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____	
法人 營業地	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____	
客戶屬性	<input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)	

(如為外國請填寫國別)

(二)被保險人之健康狀態：(旅行平安保險免填)

1. 外觀體況：健康 普通 肥胖 虛弱 蒼白 黃疸 病態

2. 被保險人的四肢五官是否有殘缺障礙或畸形：是 否，
若”是”請註明詳情_____。

* (三)過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上：
是 否，若是，請說明居住國家(地區)_____。

* (四)要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織
之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首
長)：是 否，若是，請說明_____。

* (五)要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關
心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之
保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序：
是 否。

二、要/被保險人投保目的：

增加保障 風險移轉 子女教育經費
房屋貸款 旅行保障 其他_____

三、要/被保險人/身故受益人身分之確認：

(一)要/被保險人關係：_____ 本人

(二)身故受益人是否指定配偶或直系親屬：

是 否，若”否”請詳填下欄：

受益人姓名		
身分證號碼		
與被保險人關係		
指定該受益人 的原因		

四、要/被保險人或家中主要經濟者之財務狀況：

(一)要保人年收入與其他收入：

0-30萬 31萬-60萬 61萬-100萬

101萬-150萬 151萬以上_____萬

(二)被保險人年收入與其他收入：(同要保人免填)

0-30萬 31萬-60萬 61萬-100萬

101萬-150萬 151萬以上_____萬

(三)要保人家庭年收入：

0-30萬 31萬-60萬 61萬-100萬

101萬-150萬 151萬以上_____萬

(四)被保險人家庭年收入：(同要保人免填)

0-30萬 31萬-60萬 61萬-100萬

101萬-150萬 151萬以上_____萬

(五)家中主要經濟者姓名：_____，為被保險人之：

本人 配偶 父母 子女 其他_____

五、要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險：

否 是，公司名稱：_____

六、繳交保險費的資金來源：

工作收入 投資收入 儲蓄 退休金 解約

保單借款 貸款 其他_____

七、要保人與被保險人於投保前3個月內是否有辦理終

止契約、貸款或保險單借款？ 是 否

貳、業務員招攬經過

一、本契約是經由：陌生拜訪 原已相識 朋友/保戶介紹 要/被保險人要求 其他_____。

二、要保書上是否確係由要/被保險人及法定代理人簽名或要保單位正式蓋章確認：是 否

三、招攬時是否確認要保人(要保單位)/被保險人及法定代理人之身分，並核對要保書填載內容確實無誤：是 否

四、本保單之規劃，要保人與被保險人是否已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估
保費、保額及保障需求間之適當性，且符合投保條件，無僅以理財、節稅、資金運用作為招攬之主要訴求及未有鼓勵或
勸誘以貸款或保險單借款方式購買保險：是 否

五、招攬時是否已向要保人與被保險人說明本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險：是 否

六、招攬人員已瞭解要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可足資傳遞電子文件之聯絡方式
(保險契約係以電子保單型式出單者適用)：是 否

參、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，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、被保險人後作成本保險需求及適合度評估暨業務員報告書，
如有不實致兆豐產險受損害時，願負賠償責任，特此聲明。

註一：(1)產險公會報主管機關備查行業：律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。軍火商、不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石及貴金
屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博奕產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、
辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商

(2)配合金控母公司 CRR 一致性新增行業：金融業。信託及公司服務供應商。賭場。金融服務業及保險業。預付卡及移動支付和互聯網支付服務業。
金錢或價值移轉服務業。證券業。非營利組織之社團法人。國際貿易商。

註二：本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。

註三：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者：

(1)依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構：國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保
險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨
交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。

(2)要保人或被保險人為法人，接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。

單位經辦	招攬單位	業務員親簽	簽署人簽章	日期
				____年____月____日

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：

兆豐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)第六條第二項、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(O九三)
- (二)人身保險(O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：

姓名、身分證統一編號/護照號碼、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查、職業、保險資料等，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，而為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、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：依本公司官網之「兆豐產物保險股份有限公司當事人依個人資料保護法行使權利申請書」行使之。

六、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提供，而為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審核及處理作業，因此可能婉拒承保、遲延或無法提供台端相關服務或給付。

註：上開告知事項已公告於本公司官網(<https://www.cki.com.tw/>)，如有任何問題歡迎洽詢本公司0800-053-588免付費專線。

財產保險商品重要內容說明【要保人/被保險人投保須知】

茲依「金融消費者保護法」及「金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及揭露風險辦法」之規定，兆豐產物保險股份有限公司(下稱本公司)敬告要保人/被保險人(下稱 貴客戶)於投保前須特別注意下列事項：

一、貴客戶對於本保險契約之權利行使、變更、解除及終止之方式：

說明：被保險人如發生保險事故時，應依保險法相關法令及投保商品契約條款之約定，向本公司請求保險金。

(一)權利之行使：被保險標的發生本保險契約承保範圍內之賠償責任或毀損滅失時，要保人、被保險人或受益人應立即以電話或書面通知本公司及通知當地憲兵或警察機關處理，並於五日內填妥出險通知書送交本公司(如條款另有規定，另依條款之規定辦理)。

(二)契約變更：

- 1.貴客戶得隨時以書面通知本公司變更批改保險契約。
- 2.保險契約之一切通知除經雙方同意得以其他方式為之之外，雙方當事人均應以書面送達對方最後所留地址。
- 3.保險契約之任何變更，非經雙方同意且經本公司發批者不生效力。
- 4.商品條款有停效約定者，本公司於契約停效期間不負給付保險金之責任。

(三)契約之解除及終止：

- 1.保險契約當事人之一方違背特約條款時，他方得解除契約；其危險發生後亦同。
- 2.保險契約得經要保人通知而終止之，並自終止之書面送達保險人之翌日起，保險契約失其效力；另契約若約定須經抵押權人同意始得變更或終止者，從其約定。

二、本公司對於本保險契約之權利、義務及責任：

本公司依據經主管機關核定之各項保險費率向 貴客戶收取相當之保險費，於所承保之保險事故發生時，依約定並經理算程序後，向被保險人或受益人負給付保險金之責任。

三、貴客戶應負擔之費用及違約金(包括收取時點、計算及收取方式)：

貴客戶除繳交保費及另有約定之費用外，無須繳交其他任何費用及違約金。

四、本保險商品悉依保險法令相關規定受保險安定基金之保障。

五、因本保險商品或服務所生紛爭之處理及申訴管道：

- (一)本公司免費申訴電話：0800-053-588
- (二)本公司客服信箱：e-service@mail.cki.com.tw



兆豐保險

兆豐產物保險股份有限公司

CHUNG KUO INSURANCE CO., LTD.

信用卡付款授權書

保險種類:健康及傷害險

信用卡卡號: _____ 有效日期(西元): ____ 月 ____ 年

信用卡種類: VISA(4) MASTER(5) JCB(3) AE*(3763、3776)

授權碼(由保險公司填寫):

法人授權信用卡付款聲明書
茲聲明授權書內信用卡之持卡人為
法人要保人負責人,並同意以授權書內
信用卡帳戶扣繳本公司保險費。

立書日期: ____ 年 ____ 月 ____ 日 付款金額: _____ 元

持卡人身分證號碼: _____ (請務必填寫)

發卡銀行:

要保人簽章:

(須為保險公司配合之發卡機構,查詢網址:
<https://www.cki.com.tw/Page/Index/83>)

持卡人連絡電話:

*請與要保書簽名相同

授權人(持卡人)親自簽名:

授權人(持卡人)姓名:

*請與信用卡背面簽名式樣相同

*請正楷填寫中文全名

*請擇一勾選下列關係

信用卡持卡人為

一、要保人之 1. 本人、2. 法人負責人二、被保險人之 1. 本人、2. 配偶、3. 子女、4. 父母、5. 孫子女、6. 祖父母、7. 兄弟姊妹

*非要/被保人本人時請提供身分證正反面、或戶籍謄本、或戶口名簿等關係證明文件影本。關係為法人負責人者須同經濟部商業司「商工登記公示資料查詢服務」查詢該法人之「代表人」,如無於商工登記資料請於上開聲明書用印佐證

本授權書所列關係為遵照 109 年 8 月 14 日金管保壽字第 1090425855 號函文規範辦理。

附加續保條款
信用卡授權約定事項

持卡人(須為要保人、被保險人本人或被保險人之父母、配偶、子女)同意以本授權書之信用卡支
付上開保險之 首期 續期 首期及續期保險費(未勾選者視同授權支付首期及續期)。

- 一、授權人(持卡人)同意以信用卡支付上開保險費金額予兆豐產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司),並保證上列信用卡資料均詳實無訛。
- 二、本項交易經發卡機構及「信用卡輔助持卡人身分驗證平台」核准後,當即寄發保險費收據予被保險人,若未獲核准則本保險費信用卡付款授權書自動失效,本公司得重新收費。
- 三、授權人(持卡人)瞭解本公司依個人資料保護法所告知之事項(網址:<https://www.cki.com.tw/home/privacy>),且同意基於繳納保費之目的,本公司得蒐集、處理及利用授權人(持卡人)於保險費信用卡付款授權書上載明之個人資料(含關係證明文件)。
- 四、本授權書限使用右述網址內所列發卡機構發行之信用卡(網址:<https://www.cki.com.tw/Page/Index/83>),且授權人(持卡人)同意由發卡機構確認授權書上載明授權人(持卡人)之信用卡及個人資料身分無誤後授權書始生效力。

兆豐產險服務人員

承辦人:

電話:

傳真號碼:

智能客服

您可掃描右方 QR Code 或連結
下方網址使用本公司智能客服
查詢保單、理賠、繳費等問題
<https://robot.cki.com.tw>



保單服務人員(含業務員)須對授權書填寫之內容,
包含信用卡資料、身分證文件、關係資訊、授權
人和要保人簽名等審核無誤。

保單服務人員(含業務人員)簽章處: