

新光全新個人傷害保險

商品銷售時間：114年10月21日～115年10月31日

本商品住院實支實付醫療保險金採正本理賠

產品特色

- 無論居家或在外，時刻保障全方位。
- 附約可自由加選，充分保障只在新光。

搭乘空中大眾運輸 交通工具保障

最高給付2,000萬

搭乘空中大眾運輸交通工具意外
事故身故、失能給付，外出保障最安心

增額事故保障

最高給付1,000萬

[陸上]及[水上]大眾運輸交通工具、[火災]、
[地震]、[颱風]、[洪水]、[土石流]意外事故身故、
失能給付，居家在外免擔心。

完全失能 增額保障

最高給付250萬

因意外傷害事故造成[第一級]
失能程度，除給付意外失能保險金，
再給付完全失能增額保險金。

住院實支實付醫療

意外住院實支實付醫療充分保障
累積最高給付10萬

全年個人責任 輔助器具費用

國內、外個人責任保險，**最高給付20萬**
+
輔助器具費用，**最高給付3萬**

骨折保障

累積最高給付6萬
依骨折分級表給付，
不受日額金額限制。

注意事項

- 消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。
- 本保險契約以一年為期，自本公司核保通過及扣款成功後，追溯自本公司收訖要保書當日二十四時生效。如付款人之信用卡無法扣款，本申請書自始無效。
- 為保障被保險人權益，如日後職業變更且變更後之職業屬本公司拒保範圍內者，請務必通知本公司辦理退保。如未通知，本公司自事故發生日起得終止契約，並按日計算退還未滿期保險費；但若被保險人發生事故時之職業類別與投保時所填寫之職業類別不符時，若被保險人發生事故時之職業類別高於投保時之職業類別，則依實際應繳保費與應繳保費之比例給付保險金。
- 本公司將依被保險人投保內容及其他相關資訊(含同業通報資訊)進行核保審查，並保留最終承保與否及調整保險費之權利，其他未盡事宜，悉依本公司保險單條款規定辦理。
- 如被保險人同時符合本保險契約所約定承保兩項或兩項以上之增額意外傷害事故時，本公司依最高保險金額者給付身故保險金或失能保險金。
- 消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定附加費用率最高50%，最低40%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話:0800-789-999)或網站(網址: <http://www.skinsurance.com.tw>)，以保障您的權益。
- 消費者於購買前，應詳閱金融消費者保護法相關法規(網址: <https://reurl.c/a9ond4>)。
- 本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法所稱之日間住院及精神衛生法所稱之日間留院/日間照護。
- 如被保險人不以全民健康保險之保險對象身分住院接受診療或前往不具有全民健康保險之醫院住院接受診療者，致各項醫療費用未經全民健康保險給付者，本公司依被保險人實際支付之醫療費用之百分之六十五給付。
- 本保險商品為一年期非保證續保之保險商品。
- 本商品為保險商品，受「財團法人保險安定基金」之保障，非屬存款，故不受存款保險之保障。

商品文號：
112.03.21(112)新產精發字第179號函備查；113.11.05依據金融監督管理委員會113.06.28金管保壽字第11304207572號函修訂；113.08.30(113)新產精發字第443號函備查；112.03.21(112)新產精發字第191號函備查；112.03.21(112)新產精發字第192號函備查；107.12.28(107)新產精發字第1576號函備查；113.11.05依據金融監督管理委員會113.06.28金管保壽字第11304207572號函修訂；108.03.29(108)新產精發字第341號函備查；112.03.21(112)新產精發字第195號函備查；108.03.29(108)新產精發字第342號函備查；112.03.21(112)新產精發字第196號函備查；112.03.21(112)新產精發字第194號函備查；112.03.21(112)新產精發字第200號函備查；113.08.30(113)新產精發字第444號函備查；108.01.31(108)新產精發字第088號函備查；112.03.21(112)新產精發字第201號函備查；108.05.31(108)新產精發字第619號函備查；112.03.21(112)新產精發字第199號函備查；111.11.18(111)新產精發字第1092號函備查；110.12.30(110)新產精發字第1307號函備查；112.03.21(112)新產精發字第204號函備查；92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)、107.08.17依據金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修訂

給付項目：
身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金、大眾運輸工具交通意外身故增額保險金或喪葬費用保險金、大眾運輸工具交通意外失能增額保險金、特定事故意外身故增額保險金或喪葬費用保險金、特定事故意外失能增額保險金、完全失能增額保險金、重大燒燙傷保險金、個人責任保險金、住院實支實付醫療保險金、骨折保險金、輔助器具費用保險金



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335 免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999

要保人可透過本公司網站<http://www.skinsurance.com.tw>或至本公司總分支機構查閱資訊公開說明文件

| 主約承保範圍\方案 | | | 方案A | 方案B | 方案C | 方案D |
|-------------------|--|------|--------|--------|-------|-------|
| 一般意外身故、失能保險金 | | | 500萬 | 300萬 | 200萬 | 100萬 |
| 增額意外身故 | 大眾運輸工具交通意外身故、失能保險金(含一般意外身故、失能)-航空(以乘客身分) | | 2,000萬 | 1,200萬 | 800萬 | 400萬 |
| | 大眾運輸工具交通意外身故、失能保險金(含一般意外身故、失能)-水上、陸上(以乘客身分) | | 1,000萬 | 600萬 | 400萬 | 200萬 |
| | 火災意外身故、失能保險金(含一般意外身故、失能) | | 1,000萬 | 600萬 | 400萬 | 200萬 |
| | 地震意外身故、失能保險金(含一般意外身故、失能) | | 1,000萬 | 600萬 | 400萬 | 200萬 |
| | 颱風、洪水、土石流意外身故、失能保險金(含一般意外身故、失能) | | 1,000萬 | 600萬 | 400萬 | 200萬 |
| | 保險金最高給付限額之約定，同時符合兩項或兩項以上不同增額意外事故時，本公司僅依較高金額之保險金給付。 | | | | | |
| 完全失能增額保險金(失能等級一級) | | | 250萬 | 150萬 | 100萬 | 50萬 |
| 重大燒燙傷保險金(分級給付) | | | 50萬 | 50萬 | 50萬 | 50萬 |
| 每人年保險費 (主約) | 15歲以上至55歲 | 一至二類 | 4,559 | 2,745 | 1,839 | 934 |
| | | 三類 | 5,806 | 3,497 | 2,343 | 1,190 |
| | | 四類 | - | 5,154 | 3,454 | 1,753 |
| | | 五類 | - | - | - | 2,695 |
| | 56歲至60歲 | 一至二類 | - | 5,080 | 3,400 | 1,718 |
| | | 三類 | - | 6,505 | 4,354 | 2,201 |
| | | 四類 | - | - | 6,458 | 3,265 |
| | | 五類 | - | - | - | 5,039 |
| | 61歲至65歲 | 一至二類 | - | - | 3,403 | 1,721 |
| | | 三類 | - | - | 4,359 | 2,206 |
| | | 四類 | - | - | 6,465 | 3,272 |
| | | 五類 | - | - | - | 5,049 |

| 附約承保範圍\方案 | | | 附加方案A | 附加方案B | 附加方案C | 附加方案D |
|--|-----------|------|--------|--------|--------|--------|
| 個人責任保險(意外事故致第三人)(每一事故自負額2,000)(保險期間累積) | | | 20萬 | 20萬 | 10萬 | 10萬 |
| 住院實支實付傷害醫療保險金(累積型)(保險期間累積) | | | 10萬 | 5萬 | 3萬 | - |
| 骨折給付保險金(依骨折分級給付)(累積型)(保險期間) | | | 6萬 | 6萬 | 3萬 | 3萬 |
| 輔助器具費用保險金(保險期間最高給付2次) | | | 每次最高3萬 | 每次最高3萬 | 每次最高3萬 | 每次最高3萬 |
| 每人年保險費 (主約+附約) | 15歲以上至55歲 | 一至二類 | 6,968 | 4,713 | 3,306 | 1,351 |
| | | 三類 | 8,894 | 6,015 | 4,217 | 1,706 |
| | | 四類 | - | 8,885 | 6,226 | 2,487 |
| | | 五類 | - | - | - | 3,796 |
| | 56歲至60歲 | 一至二類 | - | 8,682 | 5,986 | 2,421 |
| | | 三類 | - | 11,135 | 7,674 | 3,086 |
| | | 四類 | - | - | 11,401 | 4,555 |
| | | 五類 | - | - | - | 7,003 |
| | 61歲至65歲 | 一至二類 | - | - | 6,187 | 2,479 |
| | | 三類 | - | - | 7,936 | 3,163 |
| | | 四類 | - | - | 11,792 | 4,669 |
| | | 五類 | - | - | - | 7,180 |

投保規則

- 承保對象：被保險人具有中華民國國籍者或已取得居留證者。
- 承保職業類別：一至五類；四類、長期駐留(指六個月以上)大陸或國外之人士限保方案B、C、D；家管及退休人士限保方案C、D；五類限保方案D。
- 承保年齡限制：15足歲至65歲，56歲(含)以上限保方案B、C、D；61歲(含)以上限保方案C、D。
- 方案限制：傷害保險主附約方案不得交叉選擇。
- 每一被保險人於本公司一般意外身故保險金額累積不得超過500萬，本公司將依其投保內容及其他相關資訊(含同業通報資訊)進行核保審查，並保留最終承保與否及調整保險費之權利，其他未盡事宜，悉依本公司保險單條款規定辦理。
- 本保險契約除身故保險金以外，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。指定身故保險金受益人限定為被保險人之配偶、子女、父母及兄弟姊妹，未指定者，視為同意以法定繼承人為身故保險金之受益人。
- 本保險契約恕不受理以下職業類別人員投保申請：無居留證之外國人士、外送平台之外送人員、軍人(義務役、志願役、學校教官)、軍校學生、非法入境者、鎮暴警察、情治調查人員、仇董、無業(房東、投資客)、待業、保安警察、岸巡人員、海上油礦開採業工程師、國內泛舟安全人員、帆布鐵架架設、輕鋼架架設人員、建築土木雜工、建築土木臨時工、建築土木工地清潔工、化學工程環保人員、下水道清潔工、鑽油井工人、儲油槽清潔工、天車操作員、吊車司機及隨車工人、挖土機(怪手)操作員、鋼骨結構架設工人、鷹架架設工人、石棉瓦或浪板安裝工人、太陽能板架設工人、貼瓷磚(外牆)、鐵屋架設、搭設鐵皮屋、大樓玻璃帷幕安裝、鐵塔架設人員、海灣港口工程人員、水壩工程人員、橋樑工程人員、鍋爐工、戶外廣告招牌製作架設人員、武打演員、電力工程設施之架設人員、電臺天線維護人員、儲油槽及儲氣槽清理人員、高樓外部清潔工、煙囪清潔工、刑警、救難人員、潛水人員、採石業工人、海上油礦開採業技術員、油氣井清潔保養維護工、鑽勘設備安裝換修保養工、救難船員、民航機飛行人員(含空服員)、直昇機飛行人員(含輕型航空器駕駛人員)、民航機飛行空安官、有關高壓電之工作人員、核能工作人員、空中警察、警務特勤人員(維安小組、霹靂小組)、空巡人員、海巡人員、礦工、採石爆破人員、船體切割人員(海上)、爆破工作人員、爆破工、硫酸、鹽酸、硝酸製造工、有毒物品製造工、火藥爆竹製造及處理人員(包括爆竹、煙火製造工)、戰地記者、特技演員、動物園及馬戲團馴獸師、從事特種營業服務人員、保鏢、核廢料處理人員、海上油污處理人員、防爆小組、特種軍人、武器或彈藥製造人員、軍機駕駛及機上工作人員、賽車人員、跳傘人員、遠洋漁船船員、近海漁船船員、海釣船人員、各種運動人員及其教練、各種職業運動人員及其教練等及拒保人員。

(預留條碼)

113.08.16(113)新產傷發字第 441 號函送保險商品資料庫

| | | | | | |
|-------|---------|---|--|---------------|--|
| 保險單號碼 | | 續保單號碼 | | | |
| 要保人 | 姓名/公司名稱 | 身份證號 統一編號 | | 出生日期 民國 年 月 日 | |
| | 代表人 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 國籍/ 註冊地 | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 |
| | 聯絡地址 | 聯絡電話 | | | |
| 保單寄送 | | ※保單形式為電子保單，若有紙本保單需求，請勾選： <input type="radio"/> 紙本保單 | | 電子信箱 | (若為數字0，請以0書寫) |
| 關係 | | 被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人(以下被保險人資料免填) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 僱傭 | | | |
| 被保險人 | 姓名 | 身份證號 | | 出生日期 民國 年 月 日 | |
| | 電子信箱 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 國籍/ 註冊地 | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 |
| | 聯絡地址 | 聯絡電話 | | | |
| 保險期間 | | 自民國 年 月 日 24 時起 一 年。 | | | |

承保內容

| 主約承保範圍\方案 | | (新台幣：元) | 方案 A | 方案 B | 方案 C | 方案 D |
|--------------------------------------|--------------|---------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 一般意外身故、失能保險金 | | | 500 萬 | 300 萬 | 200 萬 | 100 萬 |
| 大眾運輸工具交通意外身故、失能增額保險金 - 航空 (以乘客身分) | | | 1,500 萬 | 900 萬 | 600 萬 | 300 萬 |
| 大眾運輸工具交通意外身故、失能增額保險金 - 水上、陸上 (以乘客身分) | | | 500 萬 | 300 萬 | 200 萬 | 100 萬 |
| 火災意外身故、失能增額保險金 | | | 500 萬 | 300 萬 | 200 萬 | 100 萬 |
| 地震意外身故、失能增額保險金 | | | 500 萬 | 300 萬 | 200 萬 | 100 萬 |
| 颱風、洪水、土石流意外身故、失能增額保險金 | | | 500 萬 | 300 萬 | 200 萬 | 100 萬 |
| 完全失能增額保險金 (失能等級一級) | | | 250 萬 | 150 萬 | 100 萬 | 50 萬 |
| 重大燒燙傷保險金 (分級給付) | | | 50 萬 | 50 萬 | 50 萬 | 50 萬 |
| 每人年保險費 (主約) | 15 歲以上至 55 歲 | 一至二類 | <input type="checkbox"/> 4,559 | <input type="checkbox"/> 2,745 | <input type="checkbox"/> 1,839 | <input type="checkbox"/> 934 |
| | | 三類 | <input type="checkbox"/> 5,806 | <input type="checkbox"/> 3,497 | <input type="checkbox"/> 2,343 | <input type="checkbox"/> 1,190 |
| | | 四類 | -- | <input type="checkbox"/> 5,154 | <input type="checkbox"/> 3,454 | <input type="checkbox"/> 1,753 |
| | | 五類 | -- | -- | -- | <input type="checkbox"/> 2,695 |
| | 56 歲至 60 歲 | 一至二類 | -- | <input type="checkbox"/> 5,080 | <input type="checkbox"/> 3,400 | <input type="checkbox"/> 1,718 |
| | | 三類 | -- | <input type="checkbox"/> 6,505 | <input type="checkbox"/> 4,354 | <input type="checkbox"/> 2,201 |
| | | 四類 | -- | -- | <input type="checkbox"/> 6,458 | <input type="checkbox"/> 3,265 |
| | | 五類 | -- | -- | -- | <input type="checkbox"/> 5,039 |
| | 61 歲至 65 歲 | 一至二類 | -- | -- | <input type="checkbox"/> 3,403 | <input type="checkbox"/> 1,721 |
| | | 三類 | -- | -- | <input type="checkbox"/> 4,359 | <input type="checkbox"/> 2,206 |
| | | 四類 | -- | -- | <input type="checkbox"/> 6,465 | <input type="checkbox"/> 3,272 |
| | | 五類 | -- | -- | -- | <input type="checkbox"/> 5,049 |

加購附加方案

| 附約承保範圍\方案 | | (新台幣：元) | 附加方案 A | 附加方案 B | 附加方案 C | 附加方案 D |
|--|--------------|---------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 個人責任保險 (意外事故致第三人)(每一事故自負額 2,000)(保險期間累積) | | | 20 萬 | 20 萬 | 10 萬 | 10 萬 |
| 住院實支實付傷害醫療保險金(累積型)(保險期間累積) | | | 10 萬 | 5 萬 | 3 萬 | -- |
| 骨折給付保險金 (依骨折分級給付)(保險期間累積) | | | 6 萬 | 6 萬 | 3 萬 | 3 萬 |
| 輔助器具費用保險金 (保險期間最高給付 2 次) | | | 每次最高 3 萬 | 每次最高 3 萬 | 每次最高 3 萬 | 每次最高 3 萬 |
| 每人年保險費 (主約+附約) | 15 歲以上至 55 歲 | 一至二類 | <input type="checkbox"/> 6,968 | <input type="checkbox"/> 4,713 | <input type="checkbox"/> 3,306 | <input type="checkbox"/> 1,351 |
| | | 三類 | <input type="checkbox"/> 8,894 | <input type="checkbox"/> 6,015 | <input type="checkbox"/> 4,217 | <input type="checkbox"/> 1,706 |
| | | 四類 | -- | <input type="checkbox"/> 8,885 | <input type="checkbox"/> 6,226 | <input type="checkbox"/> 2,487 |
| | | 五類 | -- | -- | -- | <input type="checkbox"/> 3,796 |
| | 56 歲至 60 歲 | 一至二類 | -- | <input type="checkbox"/> 8,682 | <input type="checkbox"/> 5,986 | <input type="checkbox"/> 2,421 |
| | | 三類 | -- | <input type="checkbox"/> 11,135 | <input type="checkbox"/> 7,674 | <input type="checkbox"/> 3,086 |
| | | 四類 | -- | -- | <input type="checkbox"/> 11,401 | <input type="checkbox"/> 4,555 |
| | | 五類 | -- | -- | -- | <input type="checkbox"/> 7,003 |
| | 61 歲至 65 歲 | 一至二類 | -- | -- | <input type="checkbox"/> 6,187 | <input type="checkbox"/> 2,479 |
| | | 三類 | -- | -- | <input type="checkbox"/> 7,936 | <input type="checkbox"/> 3,163 |
| | | 四類 | -- | -- | <input type="checkbox"/> 11,792 | <input type="checkbox"/> 4,669 |
| | | 五類 | -- | -- | -- | <input type="checkbox"/> 7,180 |

※本人是否同意保險公司依投保內容及同業通報資訊進行核保審查，如遇無法投保附加方案時，僅投保「傷害險主方案」。

☐ 是，要保人或被保險人親簽：_____ ☐ 否 (未勾選者，視為不同意。)

| | | | |
|--------------|--|--|---|
| 續保約定 附加條款 | <input type="checkbox"/> 同意附加 (未勾選者，視為不同意) | | 1.續保約定不等於保證續保，本公司仍有不同意續保之核保權。 |
| | 繳費 方式 | 本期： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 虛擬帳號 續期： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 帳戶扣款 | 2.若有費率調整之情事，要保人於期限內繳費，本公司將視為同意續保。 1.不同意附加續保約定附加條款，雖於本項勾選，續保約定仍不生效力。 2.同意附加續保約定附加條款，未勾選續期繳費方式視同續保約定不生效力。 |

身故保險金之受益人

※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。

※指定身故受益人限定為被保險人之配偶、子女、父母及兄弟姊妹，未指定者，視為同意以法定繼承人為身故保險金之受益人。

☐法定繼承人 ☐指定受益人，須填寫下列欄位

| 姓名 | 身份證號 | 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"/> 順位(依左列順序) <input type="checkbox"/> 均分 |
| (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： | <input type="checkbox"/> 比例：1. ____% 2. ____% |
| (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： | 3. ____% |

詢問事項及告知事項為保險人評估風險之依據，要保人與被保險人應誠實告知，並務必親自填寫。如有隱匿或遺漏不為說明，或為不實說明，本公司得依保險法第六十四條之規定解除本保險契約，保險事故發生後亦同。

詢問事項

| | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| ※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？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| ※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ | <input type="checkbox"/> 是(請提供) | <input type="checkbox"/> 否 |
| ※被保險人目前是否受有監護宣告？ | <input type="checkbox"/> 是(請提供) | <input type="checkbox"/> 否 |

被保險人告知事項：(要保人、被保險人須詳實填告)

| 被保險人服務單位 | 職位/工作內容 | 兼職 | 職業類別 | (由新光產物人員填寫) |
|--|---------|----|------|---|
| 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。 | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2、被保險人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表○·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、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。 | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| ※被保險人現在及過去之健康情形若有上列所述的情況，請詳填： | | | | |
| 1.病名(外傷者，受傷部位)：_____ 2.就診大約日期：_____ 3.有無用藥/藥名：_____ | | | | |
| 4.診療過程(門診或住院)：_____ 5.有無手術：_____ 6.治療結果及目前狀況：_____ | | | | |

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(被保險人、要保人)同意新光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。 |

※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。

※本人(要保人、被保險人)於填寫要保書時，已審閱新光產物保險公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」及「投保人須知」。

※本人(被保險人、要保人)已確認詢問事項、告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。

※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」條款之內容及規定。

※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。

※個人健康及傷害險之費率可能調整：本要保書商品保單條款具有費率調整約定內容，（包括但不限於）將依被保險人年齡所對應之費率進行調整，或可能依保險商品實際損失率與預期損失率情形進行調整。

※保險法第 64 條規定，要保人對保險公司書面詢問事項及告知事項，不為說明或不實說明，保險公司得解除契約，並依同法第 25 條規定，無須返還保險費。

| | | | |
|--------------------------------|---|---|---|
| 要保人親簽： | 法定代理人/監護人親簽： <small>(要保人未成年或受監護宣告者須簽章)</small> | 被保險人親簽： | 法定代理人/監護人親簽： <small>(被保人未成年或受監護宣告者須簽章)</small> |
| 本人(要保人)已 審閱貴公司所提 供之保險單條款 | 要保人親簽： | 法定代理人/監護人親簽： <small>(要保人未成年或受監護宣告者須簽章)</small> | |
| 申請日期：中華民國 年 月 日 | | | |

| 保經代資訊 | 招攬人員/登錄字號 | 保經、代公司簽章 | 核保 | 專案代號 |
|-------|-----------|----------|----|-----------------|
| 收件號： | 經辦代號： | | | 99ISK67 全新個人 |
| 單位代號： | 招攬人員簽名： | | | |
| 員工編號： | 登錄字號： | | | |

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。

| | |
|------|---|
| 繳費方式 | <input type="checkbox"/> 信用卡扣款 (<input type="checkbox"/> 本期 <input type="checkbox"/> 續期) <input type="checkbox"/> 帳戶扣款 (需另填寫帳戶扣款授權書) (限續期) |
| | <input type="checkbox"/> 虛擬帳號：台新銀行(812)建北分行 帳號：95000+被保險人身分證字號末 9 碼 (共 14 碼) (限本期) |
| | <input type="checkbox"/> 虛擬帳號：新光銀行(103)南東分行 帳號：77700+被保險人身分證字號末 9 碼 (共 14 碼) (限本期) |

| | | |
|---|---|---------------------------|
| 信用卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡【*本公司不接受AE卡】 | | 發卡銀行： |
| 信用卡卡號：_____ | | 信用卡有效期限：西元20____年____月底止 |
| 持卡人姓名(正楷)：_____ 持卡人電話：_____ | | 持卡人身分證號碼(必填)： |
| 持卡人與要保人關係： | <input type="checkbox"/> 要/被保險人本人 <input type="checkbox"/> 身故保險金指定受益人之一 | 簽單保費(簽帳/帳扣金額)：如要保書所載之方案保費 |
| | <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 公司負責人，左述關係皆須檢附關係證明 | |

要保人簽名：_____（須與要保書簽名一致） 授權人暨持卡人簽名：_____（須與信用卡背面簽名一致） 日期：____年__月__日

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| 帳戶授權人姓名： | | 帳戶授權人身份證號碼/統編(必填)： | |
| 授權人與要保人關係： | <input type="checkbox"/> 妻/被保險人本人 <input type="checkbox"/> 身故保險金指定受益人之一 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 公司負責人，左述關係皆須檢附關係證明 | 簽單保費(簽帳/帳扣金額)：如要保書所載之方案保費 | |
| 本人授權新光產物保險公司及上述之指定銀行/郵局得自授權人之上述帳戶內自動轉帳，以繳付所指定之保險契約應繳不限次數續期保費。倘本人帳戶發生無足夠餘額或該帳戶遭法院強制執行無法轉帳者致無法扣繳保險費所招致之損失，概由本人負責。 | | | |
| 要保人簽名： | | (須與要保書簽名一致) 授權人簽名： | |

第 3 頁 / 共 4 頁

一、投保時，應先請業務員出示登錄證，並請其詳細告知登錄證上所載授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。

保險業務員管理規則第六條規定：業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知悉您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

三、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。

1.保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。」又「要保人隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」前項契約解除權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅，或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。

2.因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書及體檢表內各項，以及壽險公司指定醫師檢查健康狀況時之詢問事項，都需要實實在在詳細的說明或填寫清楚，不能有過失遺漏，故意隱瞞或告知不實情事。（例如：過去二年內是否曾因傷害或患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？應據實告知）否則保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約（不過保險公司須在知有解除原因後一個月內行使）；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人（或被保險人）能證明保險事故發生原因與未告知事項無關，且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

四、契約的終止

要保人得隨時終止本契約。契約之終止，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。要保人依前項約定終止本契約時，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。被保險人非因約定之意外傷害事故而身故時，本契約效力即行終止；倘終止後有未滿期之保險費者，本公司應按日數比例退還給要保人；本契約終止時，若要保人已身故，則退還未滿期之保險費給主契約身故保險金之受益人。

五、除外責任

被保險人因下列原因致成死亡、失能或傷害時，本公司不負給付保險金的責任。

- 1.要保人、被保險人的故意行為。
- 2.被保險人犯罪行為。
- 3.被保險人飲酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。
- 4.戰爭(不論宣戰與否)、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。
- 5.因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。

六、不保事項

被保險人從事下列活動，致成死亡、失能或傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付保險金的責任。

- 1.被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。
- 2.被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。

七、職業或職務變更的通知義務

被保險人變更其職業或職務時，要保人或被保險人應即時以書面通知本公司。

被保險人所變更的職業或職務，依本公司職業分類其危險性減低時，本公司於接到通知後，應自職業或職務變更之日起按其差額比率退還未滿期保險費。

被保險人所變更的職業或職務，依照本公司職業分類其危險性增加時，本公司於接到通知後，自職業或職務變更之日起，按差額比率增收未滿期保險費。但被保險人所變更的職業或職務依照本公司職業分類在拒保範圍內者，本公司於接到通知後得終止契約，並按日計算退還未滿期保險費。

被保險人所變更的職業或職務，依照本公司職業分類其危險性增加，未依約定通知而發生保險事故者，本公司按其原收保險費與應收保險費的比率折算保險金給付。

八、本保險商品受財產保險安定基金之保障。

財產保險安定基金依保險法第一百四十三條之三第一項第三款規定，代保險業墊付要保人、被保險人及受益人依有效契約所得為請求之範圍，限於依保險法第六條設立之財產保險業及外國財產保險業在中華民國境內之總分支機構銷售之保險契約。但不包括分入之再保險業務。

九、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：

- (一) 要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向本公司免付費24小時服務(申訴)專線 0800-789-999或財團法人金融消費評議中心申訴。
- (二) 要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定先向保險業提出申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向財團法人金融消費評議中心申請評議。
- (三) 如因保險契約爭議涉訟者，依據人身保險各險示範條款之約定，以要保人住所地法院為第一審管轄法院，要保人的住所地在中華民國境外時，則以雙方約定之地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

十、保險詐欺揭露事項：若要/被保人有資料造假、誇大保險事故理賠金額、預謀或故意製造或捏造保險事故、陳述或提供不實資訊等相當於保險詐欺之情事發生，將可能會危害到保單持有人的權益。

附註：本投保人須知僅供參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。

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：

新光產物保險股份有限公司(下稱本公司)依個人資料保護法(下稱個資法)第6條第2項、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，向您告知下列事項，請您詳閱：

- 一、蒐集目的：
 - (一) 財產保險(〇九三)。(二) 人身保險(〇〇一)。(三) 消費者、客戶管理與服務(〇九〇)。(四) 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、蒐集個人資料之類別：
 - 包括但不限於姓名、身分證統一編號(護照號碼或居留證號碼)、出生年月日、住址、聯絡方式(電話號碼、行動電話、電子郵件地址)、病歷、醫療、健康檢查、婚姻、家庭、教育、職業、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(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) 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、利用之期間、對象、地區及方式：
 - (一) 期間：個人資料蒐集特定目的存續期間、提供金融商品或服務契約期間、因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。
 - (二) 對象：
 - 1、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、財資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。
 - 2、與本公司簽訂契約之保險代理人/保險經紀人及因辦理財產保險相關業務需要之第三方。
 - 3、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。
 除法令規定本公司必須進行之通報作業、提供資料予公務機關或上述因本公司營運作業所需合作之關係企業或廠商外，本公司不會在未獲得您的同意下將您的個人資料提供予任何第三方。
 - (三) 地區：上述對象所在地之地區。
 - (四) 方式：合於法令規定之利用方式。
- 五、依據個資法第3條及第20條規定，您就本公司保有您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。
- 六、您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)：您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、遲延或無法提供您相關服務或給付。

上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司免付費24小時服務(申訴)專線 0800-789-999。本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

「特別提醒事項聲明書」

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解本次申請投保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註1)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，貴公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

本商品DM，要保書，契約條款有與上述聲明抵觸者，本人(即要保人及被保險人)亦聲明同意以本聲明書所載規定為理賠依據，不主張DM、要保書、契約條款所載之權利。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書，並經招攬人員充分說明上述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則。

此致 新光產物保險股份有限公司

要保人簽章：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ (註2)

被保險人簽章：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ (註3)

招攬人員／保險經紀人（保險代理人）簽名：_____

註1：同性質保險商品，係指保障範圍，給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

註2：如要保人為未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如要保人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

註3：如被保險人為未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如被保險人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

中 華 民 國 年 月 日