

新光樂活個人傷害保險

商品銷售時間：113年01月01日~113年12月31日

產品特色

- ♥ 晚年退休，悠遊生活有後盾。
- ♥ 新光替您安排最放心的後半人生規劃。

意外傷害事故

最高給付100萬

搭乘大眾運輸 交通工具保障

最高給付200萬

以乘客身分搭乘[水]、[陸]、[空]大眾運輸工具意外身故或失能，額外增加給付金額。

海外期間 意外事故保障

最高給付150萬

[海外停留期間]意外身故或失能給付，旅遊洽公最安心。

住院實支實付 醫療及慰問金

最高1萬

意外住院實支實付醫療充分保障
+
住院慰問金，最高給付1萬

輔助器具費用

因意外事故造成失能，所需醫療器材類與非醫療器材類輔助器具，
每次最高給付1萬

救護車運送保障

提供救護車運送費用保險金，
緊急時刻有保障，
每次最高給付2,000

注意事項

- 1.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。
- 2.承保職業類別：一至三類；三類限56歲至65歲投保。
- 3.投保年齡限制：56歲至75歲。
- 4.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，同業(含本公司)實支實付傷害醫療保險契約不得超過3張，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。
- 5.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、乩童、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)、鑄屋架設、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、油氣井清潔保養修護工、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、保潔、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。
- 6.本保險契約以一年為期，自本公司核保通過及扣款成功後，追溯自本公司收妥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。
- 7.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承保範圍內者，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，並按日計算還退未滿期保險費；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，則依實際保費與應繳保費之比例給付保險金。
- 8.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。
- 9.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50%；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。
- 10.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.cc/a9ond4>)
- 11.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第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。
- 12.本保險商品為一年期非保證續保之保險商品。
- 13.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：
107.12.28(107)新產精發字第1576號函備查、112.03.21(112)新產精發字第193號函備查、108.03.29(108)新產精發字第341號函備查、112.12.15(112)新產精發字第992號函備查；
108.03.29(108)新產精發字第345號函備查、112.03.21(112)新產精發字第197號函備查；112.03.21(112)新產精發字第198號函備查；111.06.30(111)新產精發字第595號函備查、
112.03.21(112)新產精發字第203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；108.05.31(108)新產精發字第607號函備查、
112.03.21(112)新產精發字第202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：
意外身故保險金或喪葬費用保險金、意外失能保險金、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、海外期間意外身故增額保險金或喪葬費用保險金、海外期間意外失能增額保險金、住院實支實付傷害醫療保險金、住院慰問保險金、輔助器具費用保險金、救護車運送費用保險金



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

(預留條碼)

113.07.19(113)新產傷發字第 410 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	身分證號 統一編號		出生日期 民國 年 月 日	
	代表人	(若要保人為自然人身份，此欄位免填)		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	□□□-□□		職業/行業	
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)		行動電話 (此欄位必填)
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	身分證號		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	行動電話	
	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

承保範圍\方案	(新台幣：元)		方案 A	方案 B
一般意外身故、失能保險金			100 萬	50 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)			100 萬	100 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)			50 萬	50 萬
海外期間意外身故、失能增額保險金			50 萬	50 萬
住院實支實付傷害醫療保險金(累積型)(保險期間累積)			1 萬	5,000
住院慰問保險金 (連續住院 14 日以上)(保險期間最高給付 2 次)			每次 1 萬	每次 5,000
輔助器具費用保險金 (保險期間最高給付 2 次)			每次最高 1 萬	--
救護車運送費用保險金 (保險期間最高給付 2 次)			每次最高 2,000	每次最高 1,500
每人年保險費	56 歲至 60 歲	一至二類	<input type="checkbox"/> 3,054	<input type="checkbox"/> 1,751
		三類	<input type="checkbox"/> 3,907	<input type="checkbox"/> 2,222
	61 歲至 65 歲	一至二類	<input type="checkbox"/> 3,175	<input type="checkbox"/> 1,813
		三類	<input type="checkbox"/> 4,065	<input type="checkbox"/> 2,302
	66 歲至 70 歲	一至二類	<input type="checkbox"/> 3,294	<input type="checkbox"/> 1,864
	71 歲至 75 歲	一至二類	<input type="checkbox"/> 4,021	<input type="checkbox"/> 2,370

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. ___%
(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：	

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之本人資料轉送產、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。
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。

※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：
(要保人未成年或受監護宣告者須簽章)

被保險人親簽：

法定代理人/監護人親簽：
(被保險人未成年或受監護宣告者須簽章)

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：
(要保人未成年或受監護宣告者須簽章)

申請日期：中華民國 年 月 日

保經代資訊	業務人員/登錄字號	保經代簽署	核保	專案代號
收件號：	經辦代號：			991SK56 樂活個人
單位代號：	業務員簽名：			
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。

※繳費方式非信用卡者，如遇約定保險期間生效日早於實際繳費日時，本公司將以實際繳費日為其保險期間生效日

繳費方式	<input type="checkbox"/> 信用卡扣款
	<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)
	<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)

信用卡簽帳單暨授權書 **※授權依上述信用卡繳費勾選期別辦理保費扣款**

信用卡種類： <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)：_____ 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 <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 (左邊關係須檢附關係證明)	簽單保費(簽帳/帳扣金額)：如要保書所載之方案保費
<p>持卡人已詳閱下列注意事項及授權書內容均已充分瞭解，並於下方簽名表示同意：(下稱本公司)，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。</p> <p>一、本授權書自簽字之日起生效，授權人依指定信用卡繳交保費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構 二、本授權書之有效期間為自簽字之日起至(1)發卡機構不同授權人依指定信用卡繳交保費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構 三、本授權書之有效期間為自簽字之日起至(1)發卡機構不同授權人依指定信用卡繳交保費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構 四、本授權書之有效期間為自簽字之日起至(1)發卡機構不同授權人依指定信用卡繳交保費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構 五、本授權書之有效期間為自簽字之日起至(1)發卡機構不同授權人依指定信用卡繳交保費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構 六、本授權書之有效期間為自簽字之日起至(1)發卡機構不同授權人依指定信用卡繳交保費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構 七、本授權書之有效期間為自簽字之日起至(1)發卡機構不同授權人依指定信用卡繳交保費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構</p>	
<p>*要保人簽名：_____ *授權人暨持卡人簽名：_____ 日期：_____年____月____日</p> <p>(須與要保書簽名一致) (須與信用卡背面簽名一致)</p>	

新光產物保險需求及適合度分析評估暨業務員報告書(人身)

要保人			
自然人		法人	
姓名	名稱	主要營業處所	姓名
主要居住地	主要營業處所	行業	負責基本資訊
職業	行業	客戶屬性	姓名： 國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (外國請填國別)
<p>被保險人 <input type="radio"/>同要保人，免填以下欄位</p>			
姓名	職業	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 註一-所列	
<p>註一：律師、會計、公證、地政、記帳事務業；軍火商；不動產業；民間融資業(貸款、當舖等)；金融業(銀行、保險、信託、證券、融資性租賃等)；珠寶及貴金屬製品批發零售業；藝術品、古董交易拍賣商；宗教組織或其從業人員；博弈業；匯款公司、外幣兌換所；外交組織或其從業人員；虛擬貨幣商；基金、投資管理顧問業；民意代表；政府機關或其從業人員；警察。</p> <p>註二：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。 註三：本報告書之部分事項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請親視人於建立業務關係時向客戶妥為說明。 註四：國籍、職業、行業如涉及雙重國籍或多重職業、行業者，得複選。 註五：法人負責人或代表人，原則應與要保書所記載一致。 註六：要保人多人時，請個別填寫報告書，若被保險人為多人時，以母公司、總機構之資訊及行業為準，自然人填一張為代表。</p>			
一、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？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明居住國家(地區)			
二、要保人或被保險人是否現任(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)？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明_____			
三、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？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
1.招攬經過： <input type="checkbox"/> 招攬投保 <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 其他			
2.要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選) <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他			
3.招攬時，是否向要保人或被保險人確認要保人與被保險人之關係及身分：(如為法人需檢視其經濟部商業司工商登記查詢畫面或營利事業登記證；為自然人需檢視其身分證) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
4.身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明原因_____			
5.要保人及被保險人是否投保其他商業保險？ <input type="checkbox"/> 是，公司名稱：_____ <input type="checkbox"/> 否			
6.確認被保險人外觀體況健康，無四肢五官缺損或機能障礙？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請詳述部位及障礙程度：_____			
7.要保人繳交保險費之資金來源： <input type="checkbox"/> 工作/營業收入 <input type="checkbox"/> 投資/業外收入 <input type="checkbox"/> 退休收入 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 解除或終止契約 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 其他			
8.要保人是否於投保前三個月內曾辦理解除契約、終止契約、貸款或保單借款？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
9.要保人與被保險人(或家中主要經濟來源者)之財務狀況： (1)家中主要經濟來源者： 財務狀況 _____ 工作年收入及其他年收入： _____ 家庭年收入 _____ 資產(含動產及不動產) _____ (2)要保人： <input type="checkbox"/> 25萬以下 <input type="checkbox"/> 26~50萬 <input type="checkbox"/> 51~75萬 <input type="checkbox"/> 76~100萬 <input type="checkbox"/> 101~150萬 <input type="checkbox"/> 151~200萬 <input type="checkbox"/> 201萬~300萬 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 75萬以下 <input type="checkbox"/> 76~100萬 <input type="checkbox"/> 101~150萬 <input type="checkbox"/> 151~200萬 <input type="checkbox"/> 201萬~300萬 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 新台幣約 _____ 萬元 (3)被保險人或主要經濟來源者(同要保人免填)： <input type="checkbox"/> 25萬以下 <input type="checkbox"/> 26~50萬 <input type="checkbox"/> 51~75萬 <input type="checkbox"/> 76~100萬 <input type="checkbox"/> 101~150萬 <input type="checkbox"/> 151~200萬 <input type="checkbox"/> 201萬~300萬 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 75萬以下 <input type="checkbox"/> 76~100萬 <input type="checkbox"/> 101~150萬 <input type="checkbox"/> 151~200萬 <input type="checkbox"/> 201萬~300萬 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 新台幣約 _____ 萬元			
10.是否於招攬時已親晤要、被保險人及法定代理人皆親自簽名？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
11.要保人、被保險人是否有疑似洗錢或資助恐怖主義之表徵？(為「是」者，請於右方欄位說明，如：不願提供身分證文件、關心退保權益多於保障內容等) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明_____			
12.已向要保人說明如利用對於本保險契約或本公司所提供之服務從事洗錢或資助恐怖主義或其他不法行為，將受有刑責？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
<p>業務員聲明事項 ※業務員已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料(含自然人之身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身分之文件等；如為非自然人，則需其之營業執照、其他設立或登記證照等)。 ※業務員已充分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可實傳遞電子文件之聯絡方式(保險契約係以電子保單形式出單者)。 ※業務員已向要、被保險人說明本項購買保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。 ※本人具有招攬資格，招攬時已評估適量、被保險人收入、財務狀況、職業、繳交保險費之資金來源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、被保險人後作成本業務員報告書暨保單適合度分析表，如有不實致新產險發生損害時，願負賠償責任，特此聲明。</p>			
單位：_____	業務員親簽：_____	簽署人簽章：_____	民國：_____年____月____日



【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

「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牴觸者，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，並經招攬業務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)

業務員／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