

新光產物「個人責任保險暨其附加傷害保險及其附加條款」要保書

要保人可透過免費服務電話(0800-005-588、0800-789-999)或本公司網站(http://www.skinsurance.com.tw)、總公司、分公司及通訊處查詢及索取電腦查閱資訊公開說明文件。
99.02.12(99)新產特發字第168號備查

保單號碼	續保單號	保險期間	自民國	年	月	日	午夜十二時起一年。
------	------	------	-----	---	---	---	-----------

要保人基本資料

姓名	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期	年	月	日
身分證號碼	聯絡電話					
戶籍/聯絡住址	(H): (O): 行動電話:					

※若戶籍與聯絡地址不同請分別填寫

被保險人基本資料

姓名	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期	年	月	日
身分證號碼	聯絡電話					
聯絡住址	(H): (O): 行動電話:					
與要保人關係	要保人之 <input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 子女 <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 兄弟姊妹 <input type="radio"/> 僱傭		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? (一)實支實付型傷害醫療保險: <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (二)實支實付型醫療保險: <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否			
服務單位(學校名稱)	職位/工作內容	副業/兼業	職業類別	(由新光產物人員填寫)		

身故保險金受益人基本資料 (殘廢保險金及傷害醫療保險金的受益人均為被保險人本人,本公司不受理其指定或變更。)

受益人	姓名 1	身分證號碼	與被保險人關係	給付方式	<input type="radio"/> 均分 <input type="radio"/> 順位
	姓名 2	身分證號碼	與被保險人關係		

※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受益人

(新台幣:元)

保障內容/保險金額	方案 A	方案 B	方案 C	方案 D
個人責任保險(每一事故自負額 2,000)	保險期間內累計 10 萬			
一般意外身故、殘廢	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
特定事故(限火災)意外身故、殘廢(含一般意外死殘保額)	200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬
陸上大眾運輸交通工具意外身故、殘廢(含一般意外死殘保額)	300 萬	600 萬	900 萬	1,500 萬
水上大眾運輸交通工具意外身故、殘廢(含一般意外死殘保額)	300 萬	600 萬	900 萬	1,500 萬
航空大眾運輸交通工具意外身故、殘廢(含一般意外死殘保額)	500 萬	1,000 萬	1,500 萬	2,500 萬
傷害醫療保險給付(日額型)(每次傷害給付最高 90 天)	每日 1,000			每日 2,000
傷害醫療保險給付(日額型)(加護病房每次傷害額外給付最高 7 天)	每日 1,000			每日 2,000
骨折未住院補償(依骨折日數表折算限額)	最高 3 萬			最高 6 萬
居家療養保險金(每次傷害給付最高 90 天)	每日 500			每日 1,000
顏面傷殘保險給付	每次 1 萬/保險期間內 10 萬為限			
輔助器具費用	5 萬			
保險費(依職業別)	一類 <input type="checkbox"/> 1,200 三類 <input type="checkbox"/> 1,900	<input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 3,200	<input type="checkbox"/> 3,000 <input type="checkbox"/> 4,700	<input type="checkbox"/> 4,900 <input type="checkbox"/> 7,800
傷害醫療保險給付(實支實付型)	5 萬			
保險費(依職業別)	一類 <input type="checkbox"/> 420 三類 <input type="checkbox"/> 700			

告知事項為確保您的權益,告知事項請務必親自填寫,如有不實,本公司得依保險法第六十四條解除本保險契約,保險事故發生後亦同。

- 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。..... 是 否
 - (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、帕金森氏症。..... 是 否
 - (3) 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。..... 是 否
 - (4) 糖尿病。..... 是 否
 - (5) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。..... 是 否
 - (6) 視網膜出血或剝離、視神經病變。..... 是 否
- 2、被保險人目前身體機能是否有下列障害?
- (1) 失明。..... 是 否
 - (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 0.3 以下。..... 是 否
 - (3) 聾。..... 是 否
 - (4) 是否曾因耳鼻喉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。..... 是 否
 - (5) 啞。..... 是 否
 - (6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。..... 是 否
 - (7) 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。..... 是 否
- 若有以上事項,請詳述告知,如就診醫院、就診大約日期、診療紀錄,請告知診治項目及結果。

聲明事項

一、本人(被保險人)同意新光產物保險公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
二、本人(被保險人)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、壽險公會建立電腦連線,以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考,但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保,不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
三、本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定,對本人之個人資料,有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。
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新光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新光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,而新光產物保險公司仍承保者,新光產物保險公司對同一保險事故仍應依該險別條款約定給付責任。如有重複投保而未通知新光產物保險公司者,同意新光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。
※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。
※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本,投保人須知,要保書填寫說明請於下方欄位簽名。
※本人(被保險人、要保人)已確認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」(92.12.29 財政部台財保字第 0920073327 號函核准(公會版)、96.08.31 依據行政院金融監督管理委員會 05.09.01 金管保二字第 09502322257 號令修訂)條款之內容及規定。

要保人親簽: _____ 法定代理人或監護人親簽: _____

被保險人親簽: _____ 要保日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(如被保險人為未滿 20 歲、精神障礙、心智缺陷或受監護宣告者,請由法定代理人或監護人親簽。)

收件號	投保單位人員	收件日期
經副理	科長	核保
業務員/經辦人	經紀人	專案名稱/代號

99ISK04_9901 製 1

信用卡付款授權書

本人授權新光產物保險公司同意承保後,由本人下列信用卡帳戶扣除應付之保險費。倘本人信用卡發生停用、遲繳、欠款、超額及其他信用貶落之情事致無法扣繳保險費所招致之損失,概由本人負責。本人將遵守信用卡合約之規定,並於終止授權時立即通知本公司。

聯合信用卡 VISA MASTER JCB AE 發卡銀行 _____ 銀行 本人同意以本人上述之信用卡支付保險費新台幣 _____ 元

信用卡卡號 _____
信用卡有效期限至西元 _____ 年 _____ 月底止

持卡人簽名 _____ (須與信用卡背面簽名一致)