

泰安產物團體傷害保險(加倍型)要保書

107.09.05(107)精企字第 163 號函送保險商品資料庫

保單號碼	字第	號本單係	字第	號續保
要保人(要保單位)	統一編號			
地址	公司電話			
	公司傳真			
負責人	團體總人數	經營業務		
被保險人	共	人，詳如被保險人名冊	投保比例	被保險人數 = % 團體總人數

單位：NT\$

保險內容 商品名稱	保險金額及保險計劃				
	1	2	3	4	5
團體傷害保險(加倍型)	身故及失能保險金				
	失能保險金(未滿15足歲適用)				
陸上大眾運輸工具事故附加條款					
水上大眾運輸工具事故附加條款					
空中大眾運輸工具事故附加條款					
大眾交通運輸工具事故附加條款					
火災意外事故附加條款					
天災意外事故附加條款					
地震意外事故附加條款					
重大燒燙傷給付附加條款					
新重大燒燙傷給付附加條款					
傷害醫療保險給付附加條款(實支實付型)					
傷害醫療保險給付附加條款(住院日額型)(每次事故最高90天)					
加護病房及燒燙傷病房附加條款(每次事故最高14天)	加護病房住院日額				
	燒燙傷病房住院日額				
意外門診手術醫療慰問金附加條款					
意外傷害住院慰問金附加條款(住院連續達三日(含)以上)					
食物中毒慰問金附加條款					
身故及完全失能保險金附加條款					
職業傷害附加條款					
一至三級失能增額給付附加條款					
特別看護保險金附加條款					
國內大眾運輸工具事故附加條款					
意外住院手術慰問金附加條款					
新加護病房及燒燙傷病房附加條款(每次事故最高45天)	加護病房住院日額				
	燒燙傷病房住院日額				
新傷害醫療保險給付附加條款(實支實付型)					
電梯意外事故附加條款					

總保險費	繳費方式	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳
受益人	身故保險金受領人：以被保險人家屬或法定繼承人為限(詳被保險人名冊)	失能及傷害醫療保險金：被保險人本人
保險期間	自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止	

1.依保險法第107條及第135條規定，以未滿15足歲之未成人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿15足歲之日起發生效力。投保本保險未滿15足歲僅適用失能保險金。
 2.對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或其有關之行動，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，本公司對被保險人投保本公司附加有「傷害保險恐怖主義行為保險額給付附加條款」之全部傷害保險(含主契約及附約)之給付金額，合計給付最高以新台幣貳佰萬元為限。(92.12.29 財政部台財保第0920073327號函核准)
 3.配合保險法第29條規定，身故保險金受領人如係分別之指定及如有要保人不同意填寫受領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領人之通知依據。

要保人與被保險人聲明事項：
 (一)本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、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 貴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(要保人)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。
 (四)本人(被保險人、要保人)同意 貴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。
 (五)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領人，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 貴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 貴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 貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴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。

此致 泰安產物保險股份有限公司

要保單位及負責人簽章

中華民國 年 月 日

以下由保險業務員填寫			以下由泰安產物保險公司填寫		
姓名(正楷/親簽)	登錄證字號	單位	保險代理人/ 經紀人簽署章	經手代號	業務來源
聯絡電話	收件日期	備註		保經代代號	核保人員
					統計代號
					輸入人員

泰安產物團體傷害保險(加倍型)被保險人名冊表

本名冊附於要保書並構成保險契約之一部分

保單號碼：
要保單位：

序號/保險證號/會員編號	被保險人姓名 身分證號碼	與要保人關係 (註一)	出生年月日	保險計劃	工作內容 (含兼職)	職業代碼 / 分類	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？(請勾選)	身故保險金或喪葬費用保險金受益人		被保險人親自簽名/法定代理人簽名 (註三) (本人已審閱下列被保險人聲明事項， 並已詳閱本公司所提供之保險單條款)
								姓名/身分證號碼	給付方式 順位/均分/比例	
							實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否			
							實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否			
							實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否			
							實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否			
							實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否			
							實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否			
							實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否			
							實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否			

註一：與要保人關係：1 員工本人、2 員工配偶、3 員工子女、4 員工父母

註二：受益人與被保險人關係，1 法定繼承人、2 配偶、3 子女、4 父母、5 兄弟姊妹、6 祖父母、7 其他

註三：被保險人為未滿二十足歲者，其法定代理人須共同簽名

要保人與被保險人聲明事項

- 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴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。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司就本人之個人資料，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。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴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。
- 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 貴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 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險，而 貴公司仍承保者， 貴公司對同一保險事故仍應依該保險條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴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。

要保單位及負責人簽章 _____

泰安產物團體傷害保險(加倍型)健康告知聲明書

本健康告知聲明書附於要保書並構成保險契約之一部分

保單號碼：

要保單位：

被保險人姓名：

身分證字號：

依保險法第 64 條規定，要保人及被保險人對於保險人之書面詢問事項，應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，而影響危險評估，則本公司得解除契約且無須退還所交之保險費；保險事故發生後亦同。為保障您的權益，應親自填寫要保書。

1. 被保險人詳細工作內容：_____		
被保險人是否兼職？如是，兼職內容：_____		
2. 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(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、癲癇症、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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 目前身體機能是否有下列障害(請勾選)： (1) 失明。 (2) 是否曾經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。 (3) 聾。 (4) 是否曾經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 50 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"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 目前是否受有監護宣告(請勾選)：(如勾選是者，請提供相關證明文件)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※ 上列問題答「是」者，請說明病名、就診大約時間、治療結果、醫院名稱及目前狀況：		

被保險人聲明事項

- (一) 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、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 貴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(要保人)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。
- (四) 本人(被保險人、要保人)同意 貴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。
- (五) 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 貴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 貴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 貴公司仍承保者，貴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 貴公司者，同意 貴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。

被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

(被保險人未滿 20 足歲者，請法定代理人簽名)

要保日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日