

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，基於保險公司與消費者間之資訊不對等，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背法令，本公司及負責人依法負責。欲查詢本公司銷售商品之相關資訊可至下列網址：<http://www.tfmi.com.tw> 4分次機構查閱及索取書面文件(總公司地址 100 台北市館前路 49 號 8、9 樓)。免費申訴電話：111-08-24 產精算字第 1110002399 號函送保險商品資料庫。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條款，消費者務必詳加閱讀了解。



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，基於保險公司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。欲查詢本公司銷售商品之相關資訊可至下列網址：<http://www.tfmi.com.tw>或至本公司總分機構查詢及索取書面文件(總公司地址 100 台北市館前路 49 號 8、9 樓)。免費申訴電話：0809-068-888。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。 111.08.24 產精字第 1110002399 號函送保險商品資料庫

保險項目	保險金額
☐ 自動續約	保險費 元

本商品已附加「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，其給付額度最高以新台幣二百萬元為限，詳細約定請參閱條款。

要保人姓名		身分證字號		與被保險人關係	
保險期間	自民國 年 月 日午夜十二時起至民國 年 月 日午夜十二時止				
被保險人姓名		身分證字號		出生日期	民國 年 月 日
服務公司/職稱		工作內容		聯絡地址 聯絡電話	☐ ☐ ☐ ()
兼職			主要身分別	☐ 本人 ☐ 家庭成員；請於註一勾選(單選)	
			次要身分別	☐ 本人 ☐ 家庭成員；請於註一勾選(可複選)	
身故受益人	1. ☐ 法定繼承人 2. ☐ 受益人姓名： 關係： 地址： 電話： 姓名： 關係： 地址： 電話：				

☐ (1) 無配偶且全年綜合所得總額不超過財政部公告當年度規定之綜合所得稅免稅額、標準扣除額及薪資所得特別扣除額之合計數者或其家庭成員。但其家庭成員有配偶，且該夫妻二人之全年綜合所得總額逾第二款合計數者，不適用本款規定。

☐ (2) 屬於夫妻二人之全年綜合所得總額不超過財政部公告當年度規定之綜合所得稅免稅額、標準扣除額及薪資所得特別扣除額之合計數家庭之家庭成員。

☐ (3) 具有原住民身分法規定之原住民身分，或具有合法立案之原住民相關人民團體或機構成員身分或為各該團體或機構服務對象，或各該對象之家庭成員。

☐ (4) 具有合法立案之漁民相關人民團體或機構成員身分，或持有漁船船員手冊之本國籍漁業從業人或取得我國永久居留證之外國籍漁業從業人，或各該對象之家庭成員。

☐ (5) 依農民健康保險條例投保農民健康保險之被保險人或其家庭成員。

☐ (6) 為合法立案之社會福利慈善團體或機構之服務對象或其家庭成員。

☐ (7) 屬於內政部工作所得補助方案實施對象家庭之家庭成員。

☐ (8) 屬於特殊境遇家庭扶助條例所定特殊境遇家庭或符合社會救助法規定低收入戶或中低收入戶之家庭成員。

☐ (9) 符合身心障礙者權益保障法定義之身心障礙者，或具有合法立案之身心障礙者相關人民團體或機構成員身分或為各該團體或機構服務對象，或各該對象之家庭成員。

☐ (10) 符合老人福利法規定領取中低收入老人生活津貼之老人或其家庭成員。

☐ (11) 其他經主管機關認可之經濟弱勢者或特定身分者。

前述所稱家庭成員，係指本人、配偶、直系血親或家屬。

次要身分別：

- ☐ (1) 無配偶且全年綜合所得總額不超過財政部公告當年度規定之綜合所得稅免稅額、標準扣除額及薪資所得特別扣除額之合計數者或其家庭成員。但其家庭成員有配偶，且該夫妻二人之全年綜合所得總額逾第二款合計數者，不適用本款規定。
- ☐ (2) 屬於夫妻二人之全年綜合所得總額不超過財政部公告當年度規定之綜合所得稅免稅額、標準扣除額及薪資所得特別扣除額之合計數家庭之家庭成員。
- ☐ (3) 具有原住民身分法規定之原住民身分，或具有合法立案之原住民相關人民團體或機構成員身分或為各該團體或機構服務對象，或各該對象之家庭成員。
- ☐ (4) 具有合法立案之漁民相關人民團體或機構成員身分，或持有漁船船員手冊之本國籍漁業從業人或取得我國永久居留證之外國籍漁業從業人，或各該對象之家庭成員。
- ☐ (5) 依農民健康保險條例投保農民健康保險之被保險人或其家庭成員。
- ☐ (6) 為合法立案之社會福利慈善團體或機構之服務對象或其家庭成員。
- ☐ (7) 屬於內政部工作所得補助方案實施對象家庭之家庭成員。

- ☐ (8) 屬於特殊境遇家庭扶助條例所定特殊境遇家庭或符合社會救助法規定低收入戶或中低收入戶之家庭成員。
- ☐ (9) 符合身心障礙者權益保障法定義之身心障礙者，或具有合法立案之身心障礙者相關人民團體或機構成員身分或為各該團體或機構服務對象，或各該對象之家庭成員。
- ☐ (10) 符合老人福利法規定領取中低收入老人生活津貼之老人或其家庭成員。
- ☐ (11) 其他經主管機關認可之經濟弱勢者或特定身分者。
- 前述所稱家庭成員，係指本人、配偶、直系血親或家屬。

告知事項：

- (1) 高血壓症(指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤、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、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病。.....☐否 ☐是
- (2) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。.....☐否 ☐是
- (3) 視網膜出血或剝離、視神經病變。.....☐否 ☐是
2. 目前身體機能是否有下列障害(請勾選)：
- (1) 失明。(2) 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 O₃ 以下。(3) 聾。(4) 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.....☐否 ☐是
4. 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臺灣產物保險股份有限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臺灣產物保險股份有限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，而臺灣產物保險股份有限公司仍承保者，臺灣產物保險股份有限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臺灣產物保險股份有限公司者，同意臺灣產物保險股份有限公司對同一保險事故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。
- 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，則要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。**
- 要保人、被保險人告知事項，請務必親自填寫，如有不實，本公司得依保險法第六十四條，解除本契約，保險事故發生後亦同；要保書之聲明事項及告知事項應由要保人及被保險人親自確認後簽名或蓋章。**
- 要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____

保 經 代 填 寫 欄 位				
單位名稱	單位代號	保險業務員(親簽)	登錄證字號	經代簽署人簽章

