臺灣產物保險
Taiwan Fire & Marine Insurance Co., Ltd.

臺灣產物個人傷害保險要保書(適用海外地區遊、留學、打工渡假人士投保)

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 或至本公司總分支機構查閱及索取書面文件。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。

備查文號：107.09.14 依金融監督管理委員會 107 年 6 月 7 日金管保壽字第 10704158370 號函修正

保險項目	保險金額
□自動續約附加條款	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
行程	□遊學□留學 □打工渡假	行程目的地		聯絡地址 聯絡電話	□□□ (　　)
身故受益人	1.□法定繼承人　2.□受益人姓名： 姓名：		關係： 關係：	地址： 地址：	電話： 電話：

一、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）。
（一）實支實付型傷害醫療保險：□是，□否　（二）實支實付型醫療保險：□是，□否
二、被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明（請勾選）？□是，□否如勾選是者，請提供。
三、被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？□是，□否 如勾選是者，請提供相關證明文件。

告知事項：

1. 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 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○．三以下。(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
3. 被保險人身高_____公分　　體重_____公斤
4. 過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)----------□否 □是
5. 最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？----------□否 □是
6. 過去五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 140 mm 或舒張壓 90 mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病 (3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核 (4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(指 GPT 40 U/L 或 GOT 40 U/L 以上) (5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞(6)視網膜剝離或出血、視神經病變(7)癌症(惡性腫瘤) (8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症(9)糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下(10) 紅斑性狼瘡、膠原症 (11)愛滋病或愛滋病帶原。----------□否 □是
7. 過去一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)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症 (2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎 (3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸 (4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞 (5)痛風、高血脂症 (6)青光眼、白內障。----------□否 □是
8. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？----------□否 □是

9. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？- ----------□否 □是

10. 女性被保險人回答：

(1) 過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？ ----------□否 □是

(2)是否已確知懷孕？如是，已經幾週？----------□否 □是

以上各項答覆為「是」時，請註明號數並詳細說明，如有診察治療記錄，請告知診治原因、大約診治日期、治療期間、醫院名稱、病歷號碼及治療結果。

說明：_____

要保人與被保險人聲明事項：

1.本人（被保險人）同意臺灣產物保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。

2.本人（被保險人、要保人）同意臺灣產物保險股份有限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。

3.本人（被保險人、要保人）同意臺灣產物保險股份有限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。

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。

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。

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。

本保險承保之健康險為非保證續保商品

要保人簽名：_____主/附加被保險人簽名:_____

法定代理人簽名：_____(未成年者其法定代理人簽名）

要保日期：中華民國_____年_____月_____日

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

保　險　公　司　填　寫　欄　位				
核保	經辦	輸入	服務人員	保險業務員

XXXXXXXXXXXX