



112.12.27 產精算字第 1120003621 號函備查

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 基本資料	姓 名	出生日期	民國 年 月 日	電 話 ()		
		身分證字號 (統一編號)		手機號碼		
	聯絡地址	□□□				
	電子信箱			與被保險人關係	□本人 □	
被保險人 基本資料	姓 名	□同要保人	出生日期	民國 年 月 日	電 話 ()	
			身分證字號		手機號碼	
	聯絡地址	□□□				
	服務單位 公司/職稱			工作內容		
受益人	受益人姓名		與被保險人關係	給付方式(未勾選視為均分)	聯絡地址	電 話
	□法定繼承人			□均分 □順位(請註明順序) □比例(請註明比例)	□同要保人□同被保險人	□同要保人 □同被保險人
	身故(或喪葬費用)保險金(如未指定身故受益人，則以法定繼承人順序定之)		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。			失能或醫療保險金受益人 ☑被保險人本人
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				
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 O . 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.上述若回答「是」時，請說明：_____						
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（要保人、被保險人）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。						
要保人簽名：_____ 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		保險業務員		登錄證字號
						經代簽署人簽章
保 險 公 司 填 寫 欄 位						
核保		經辦		輸入		保險業務員/服務人員
						登錄證字號

