



三井住友海上集團

明台產物保險股份有限公司

總公司：臺北市中正區仁愛路二段 22 號 電話：(02) 2772-5678 傳真：(02) 2772-6666

※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。

※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。

※資訊公開聲明：本公司為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益，有關本公司資訊公開說明事項，請至本公司網址 (<https://www.msig-mingtai.com.tw>) 查閱，或至本公司總分支機構查閱及索取資訊公開之書面文件。

※免費申訴電話：0800-099-080

※本保險商品為非保證續保之健康保險。

明台產物重大傷病健康保險丙式要保書

112.07.12 明精字第 1120000906 號函備查

保險期間：自民國_____年_____月_____日午夜 12 時起，為期一年。(保險期間由本公司填寫)

保險單號碼	第_____號，本單係	第_____號續保
-------	-------------	-----------

※要保人【請以正楷填寫，如有塗改者，請要保人於塗改處簽名確認。】

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號	出生日期	年 月 日
代表人	<input type="checkbox"/> 電子保單 (本人同意設定電子保單，且不寄送紙本保單)			
住 所 (通訊地址)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	* 勾選電子保單 行動電話或 E-MAIL 必填，若有缺漏則改發紙本		
	電話：	行動電話：		
	E-MAIL：			

※被保險人

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號	要、被保險人關係
出生日期	年 月 日	年 齡	_____歲，(以足歲計算、超過六個月加一歲)
住 所 (通訊地址)	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	電話：	行動電話：
		E-MAIL：	
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明 (請勾選)? <input type="checkbox"/> 是 (請提供手冊或證明), <input type="checkbox"/> 否			
被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供相關證明文件。			
被保險人是否參加全民健康保險? <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否			
被保險人是否曾經取得或現在正在申請全民健康保險保險人所核定之「重大傷病」的資格? <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否			

※保險內容

承保內容	保險金額 (新臺幣元)
	本保險商品首年度之疾病等待期間為 30 日，癌症等待期間為 90 日
	專案
重大傷病保險金	50 萬
重大傷病特別慰問保險金	5,000 元
總保險費 (新臺幣元)	
是否同意自動續約 <input type="checkbox"/> 同意 (若未勾選視為不同意)	繳費方式 <input type="checkbox"/> 銀行扣款轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡簽帳單 <input type="checkbox"/> 其他 (請填寫) _____

※健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司以被保險人身故日 (含) 起算，按日數比例計算未滿期保費退還要保人。

※告知事項

【本要保書所載告知事項，敬請對下列告知事項應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以影響本公司對危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除契約。】

被保險人工作內容	服務機關	身高：_____公分
職 稱	兼 職	體重：_____公斤
壹. 過去兩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)..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	肆. 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？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (1) <input type="checkbox"/> 酒精或藥物濫用成癮 <input type="checkbox"/> 眩暈症。 (2) <input type="checkbox"/> 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 胰臟炎 (3) <input type="checkbox"/> 肝炎病毒帶原 <input type="checkbox"/> 肝膿瘍 <input type="checkbox"/> 黃疸 (4) <input type="checkbox"/> 慢性支氣管炎 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 肺膿瘍 <input type="checkbox"/> 肺栓塞 (5) <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 高血脂症 (6) <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白內障 (7) <input type="checkbox"/> 乳腺炎 <input type="checkbox"/> 乳漏症 <input type="checkbox"/> 子宮內膜異位症 <input type="checkbox"/> 陰道異常出血(女性被保險人回答)	
貳. 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？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	伍. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
參. 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？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (1) <input type="checkbox"/> 高血壓症(指收縮壓140mm舒張壓90mm以上) <input type="checkbox"/> 狹心症 <input type="checkbox"/> 心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 心肌肥厚 <input type="checkbox"/> 心內膜炎 <input type="checkbox"/> 風濕性心臟病 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 <input type="checkbox"/> 主動脈血管瘤 (2) <input type="checkbox"/> 腦中風(腦出血、腦梗塞) <input type="checkbox"/> 腦瘤 <input type="checkbox"/> 腦動脈血管瘤 <input type="checkbox"/> 腦動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 重症肌無力 <input type="checkbox"/> 智能障礙(外表無法明顯判斷者) <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 精神病 (3) <input type="checkbox"/> 肺氣腫 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張症 <input type="checkbox"/> 塵肺症 <input type="checkbox"/> 肺結核 (4) <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 肝內結石 <input type="checkbox"/> 肝硬化 <input type="checkbox"/> 肝功能異常(GPT、GOT檢驗值有異常情形者) (5) <input type="checkbox"/> 腎臟炎 <input type="checkbox"/> 腎病症候群 <input type="checkbox"/> 腎機能不全 <input type="checkbox"/> 尿毒 <input type="checkbox"/> 腎囊胞 (6) <input type="checkbox"/> 視網膜剝離或出血 <input type="checkbox"/> 視神經病變 (7) <input type="checkbox"/> 癌症(惡性腫瘤) (8) <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血) <input type="checkbox"/> 紫斑症 (9) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 類風濕性關節炎 <input type="checkbox"/> 肢端肥大症 <input type="checkbox"/> 腦下垂體機能亢進或低下 <input type="checkbox"/> 甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下 (10) <input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 膠原症 (11) <input type="checkbox"/> 愛滋病或愛滋病帶原	陸. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 柒. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答)..... <input type="checkbox"/> 是_____週 <input type="checkbox"/> 否	
	捌. 過去兩年內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥後仍因同一傷病而被要求做以下的檢驗或檢查？(亦可提供病歷或檢查報告) (1) 六個月內有二次或二次以上的X光或超音波或血液檢查。 (2) 細胞學或內視鏡或核磁共振或電腦斷層檢查或正子攝影檢查。 (3) 肌電圖或神經傳導檢查。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	上述壹~捌項的告知事項若勾選「是」者，請詳細說明項目，如有診療紀錄，請告知診治原因、大約診治日期、病名、治療方式、就診醫院、治療結果。_____	

※聲明事項

- 一、本人(被保險人)同意明台產物保險公司得蒐集、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)同意明台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(被保險人、要保人)同意明台產物保險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(要保人、被保險人)知悉保險商品之「要保書」、「條款」、及「投保須知」均得於填寫要保書前至明台產險官網查詢或洽客服諮詢；於填寫要保書時，已經合理期間以上之審閱期間詳細審閱上開文件，且充分理解其內容，並同意遵守之。

※被保險人須具備有效的全民健康保險被保險人身分，才能向「全民健康保險保險人」申請重大傷病證明；取得證明後，始得向本公司申請重大傷病保險金。

※被保險人經醫師首次診斷為重大傷病，並取得「全民健康保險保險人」核發之重大傷病證明，才符合重大傷病保險金申領資格。

※被保險人於投保前曾經取得或投保時正在申請全民健康保險保險人核定重大傷病證明者，或投保前曾經符合屬由診治醫師逕行認定，免向全民健康保險保險人申請重大傷病證明，而得免除全民健保部分負擔之資格者，本公司不負給付「重大傷病保險金」的責任。

※本險重大傷病範圍為「全民健康保險重大傷病範圍」，但不包含以下項目：

- (1) 遺傳性凝血因子缺乏。(2) 先天性新陳代謝異常疾病。
- (3) 心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常。
- (4) 先天性免疫不全症。(5) 職業病。(6) 先天性肌肉萎縮症。(7) 外皮之先天畸形。
- (8) 早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。

本人已確實審閱及瞭解其內容(請勾選)

◎當您已確實且充分瞭解以上說明並願意投保時，請親自書寫「同意投保」字樣於下方空格處。

本人

同	意	投	保
---	---	---	---

 連結全民健康保險重大傷病範圍保險商品。
(請要保人親自書寫「同意投保」字樣)

此 致 明台產物保險股份有限公司

要保人親自簽名：_____ 法定代理人親自簽名：_____ (要保人/被保險人為未成年者需加簽)

被保險人親自簽名：_____

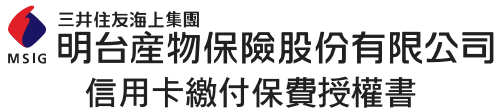
(未滿7足歲者由法定代理人代簽) 申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

招攬單位填寫欄		明台產物填寫欄			
業務員簽名/編號	保經代簽署章	經手人代號	經紀人代號	統計單位	
業務員登錄字號		服務人代號			
業務員電話		輸 入	核 定		
分公司(行)名稱/代號		S19 新重大傷病的好險			

瞭解要 / 被保險人之需求及其適合度分析評估暨業務員報告書 (人身保險適用)

要保人姓名： 自然人		職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 一職/行業 (填代碼) <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名)		被保險人姓名： 職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 一職/行業 (填代碼) <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名)		(與要保人同一人無須填寫)	
法人		行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 一職/行業 (填代碼) 法人負責人： 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (國名)		行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 一職/行業 (填代碼) 法人負責人： 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (國名)			
法人發行無記名股票狀態： <input type="checkbox"/> 無發行 <input type="checkbox"/> 已發行； 法人是否訂有公司章程： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 註一職/行業：01 律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。02 軍火商、不動產經紀人。03 當舖業、融資從業人員。04 寶石及金屬交易商。05 藝術品/骨董交易商、拍賣公司。06 基金會、協會/寺廟、教會從業人員。07 博奕產業/公司。08 匯款公司、外幣兌換所。09 外交人員、大使館、辦事處。10 虛擬貨幣的發行者或交易商。							
本件之招攬經過： <input type="checkbox"/> 既有客戶 <input type="checkbox"/> 親戚介紹 <input type="checkbox"/> 朋友介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 要保人主動投保 <input type="checkbox"/> 其他 要保人與被保險人投保目的及需求： <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他 本件家中主要經濟來源者： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 要保人之配偶 <input type="checkbox"/> 要保人之父母 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 其他 本次投保的保險費來源為： <input type="checkbox"/> 薪資收入/公司紅利 <input type="checkbox"/> 投資收入 <input type="checkbox"/> 儲蓄 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 財產繼承/贈與 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 保單之解約金 <input type="checkbox"/> 其他，請說明： 要保人與被保險人財務狀況 (新臺幣萬元為單位，以阿拉伯數字填寫)							
財務狀況		要保人(要保人為自然人時填寫)			被保險人(與要保人同一人無須填寫)		
個人工作年收入		約 _____ 萬元	<input type="checkbox"/> 50-74 萬元 <input type="checkbox"/> 75-99 萬元	<input type="checkbox"/> 100-199 萬元 <input type="checkbox"/> 200-300 萬元	約 _____ 萬元	<input type="checkbox"/> 50-74 萬元 <input type="checkbox"/> 75-99 萬元	<input type="checkbox"/> 100-199 萬元 <input type="checkbox"/> 200-300 萬元
其他年收入 (如利息、投資等)		約 _____ 萬元	<input type="checkbox"/> 50-74 萬元 <input type="checkbox"/> 75-99 萬元	<input type="checkbox"/> 100-199 萬元 <input type="checkbox"/> 200-300 萬元	約 _____ 萬元	<input type="checkbox"/> 50-74 萬元 <input type="checkbox"/> 75-99 萬元	<input type="checkbox"/> 100-199 萬元 <input type="checkbox"/> 200-300 萬元
家庭年收入		約 _____ 萬元	<input type="checkbox"/> 50-74 萬元 <input type="checkbox"/> 75-99 萬元	<input type="checkbox"/> 100-199 萬元 <input type="checkbox"/> 200-300 萬元	約 _____ 萬元	<input type="checkbox"/> 50-74 萬元 <input type="checkbox"/> 75-99 萬元	<input type="checkbox"/> 100-199 萬元 <input type="checkbox"/> 200-300 萬元
資產(含動產與不動產)		新臺幣約 _____ 萬元			新臺幣約 _____ 萬元		
*若要保人/被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄填寫夫妻雙方年收入總和。 (如配偶為「主要經濟來源者」，請敘明配偶之工作內容) *若要保人/被保險人為未成年子女/學生時，請於家庭年收入欄填寫其父母或法定代理人年收入總和。 *若累計同業投保金額超過被保險人家庭年收入 20 倍或保險費負擔、保障需求有明顯不相當之情形，請說明原因及保險費來源。							
要保人為法人時須填寫		要保單位前三年度平均營業額： <input type="checkbox"/> 100 萬以下 <input type="checkbox"/> 100 萬 - 500 萬 <input type="checkbox"/> 500 萬以上；資本額： _____ 萬 (要保單位為非營利團體者如：政府、學校、協會、基金會等免填營業額及資本額)					
*若身故受益人非指定為配偶、直系親屬，或法定繼承人，或其順位及應得比例非適用民法繼承編相關規定。請說明原因 _____。 要保人是否投保其他商業保險？ _____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 被保險人是否投保其他商業保險？ _____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 過去一年內要保人/被保險人是否居住於中華民國境外超過半年以上？若有，請說明居住國家(地區) _____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 要保人或被保險人是否現任(或前任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如中央或地方民意代表、公務機關首長)？若是，請說明 _____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序。 _____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 客戶於本契約投保前三個月內是否有辦理貸款、保單借款或保單解約？ _____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，請勾選借款人/解約申請人為本契約之 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 實際繳交保險費之利害關係人							
業務員招攬聲明事項 1.本人向要、被保險人招攬時，已確認要保人及被保險人符合投保之條件；已向要保人及被保險人確認要保人與被保險人，及被保險人與受益人之關係及身分；已確認要保人、被保險人及受益人身分，及要保人與被保險人所提供之身分證明文件(身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身分之文件等)與要保書填載之基本資料相符(至少應包含姓名、性別、出生年月日、身分證字號及聯絡方式；若為法人者，為法人之名稱、代表人、地址、聯絡電話)；已向要保人說明本次所繳交保險費是以購買保險商品、保險商品內容、繳納保險費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容；已親晤要/被保險人/法定代理人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤。 2.本人已確認本保單之規劃，要保人與被保險人已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之適當性(適合度)。 3.本人已確實提供「個人資料告知事項」及「人身保險投保須知」供保戶審閱。 4.本報告書之部分問題係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。 5.本人已詳細向保戶說明並提醒投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。 註：執業之保險經紀人或保險代理人，為業務招攬，請於業務員欄簽章							
招攬單位：		業務人員親簽：		簽署人簽章：			
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日							
若其他有利於核保之資訊，請說明： _____							
備註欄：							

團體保險及保險金額新臺幣五百萬元(含)以下之旅行平安保險集體彙繳件招攬時，業務員報告書或其他招攬文件得以要保人(單位)為主填報一份即可。 109.03版



自動續約
非自動續約
 ※以上選項請務必擇一勾選

首期保單號碼： _____ (由明台產物填寫)
 續期保單號碼： _____ 被保險人： _____ 保單簽帳金額：NT \$ _____
 信用卡種類：聯合信用卡 VISA MASTER JCB AE 授權號碼： _____ (由明台產物填寫)
 信用卡卡號： _____ 發卡機構(銀行)： _____
 持卡人姓名： _____ (請以正楷填寫) 有效期限： _____ 月 _____ 年(西元)
 持卡人身分證號碼： _____ *必填 持卡人電話： _____

持卡人關係：*請擇一勾選，若持卡人關係勾選為下列3-8及法人勾選9-11者須檢附關係文件。
1要保人 2被保險人 3配偶 4父母 5子女 6祖(外祖)父母 7孫(外孫)子女 8兄弟姊妹 9法人 10法人負責人 11企業員工

信用卡繳付保費授權書約定事項(持卡人請詳閱，並於下方簽名表示同意)：
 1.持卡人同意以信用卡支付上開保險費予明台產物保險股份有限公司(下稱本公司)，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。
 2.本授權書效力及於本授權書所約定之保險單。若要保人於要保書勾選同意自動續約時，授權人同意本公司得於保險期間屆滿日(遇假日順延至次一營業日)，逕行以本授權書所載之信用卡扣款支付不限次數之續期保費。
 3.授權人指定繳付之「信用卡」，如有卡號變更、停用或有效期限到期等情事時，授權人應主動通知本公司並重新填具授權書；如授權人未通知變更並重新填具授權書，而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，不生繳付保險費之效力。原授權書於新授權書生效後即終止。授權人重填授權書前，本公司就其指定之信用卡卡號不變之年度續卡，仍得依本授權書向發卡機構請求信用卡授權繳付各期應繳保險費。
 4.授權人如因發卡機構代收金額與應繳金額不符時，或對保險費計算、變動有異議者，除依本授權書約定終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。
 5.授權人指定之信用卡不因日後簽名樣式變更而致使本授權書失效。
 6.本項交易若透過「信用卡輔助持卡人身分驗證平台」驗證授權人提供之卡號、身分證字號、有效期限等資料不符者，則本授權書失效，保險費視同未繳。

簽帳日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

持卡人簽名： _____ (簽名樣式請與信用卡一致) 要保人簽名： _____ (簽名須與要保書一致)

服務人員/業務員： _____ 已確認本授權書填寫之內容無誤，包含要保人與授權人簽名(章)、授權人所提供之信用卡資料、身分證統一編號及其關係等資訊。

聲明事項：本人(持卡人)已知悉明台產物保險股份有限公司依個人資料保護法應告知予本人之事項，並充分瞭解明台產物保險股份有限公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的、方式及本人之相關權益。上開告知事項已公告於本公司官網(https://www.msig-mingtai.com.tw)，敬請詳閱，如有任何問題歡迎洽詢本公司0800-528-528免付費客服專線。

明台產物個人健康險及傷害險之費率可能調整告知書

下列商品保單條款具有費率調整約定內容，將依陳報主管機關之費率及被保險人年齡計算保險費。

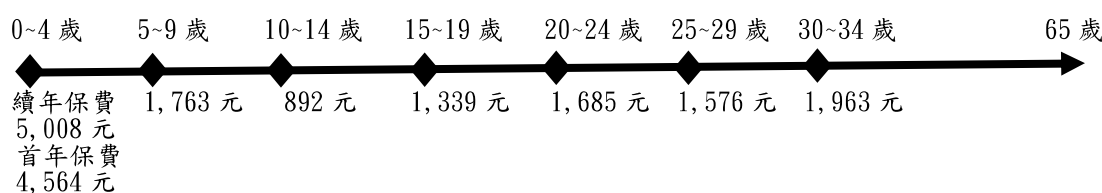
【敬請勾選所保商品名稱】

<input type="checkbox"/>	明台產物全馨醫靠健康保險	<input type="checkbox"/>	明台產物簡易保健康保險
<input type="checkbox"/>	明台產物重大疾病醫療保險(甲型)	<input type="checkbox"/>	明台產物重大傷病健康保險甲式
<input type="checkbox"/>	明台產物重大疾病醫療保險附約(乙型)	<input type="checkbox"/>	明台產物重大傷病健康保險丙式
<input type="checkbox"/>	明台產物日額型住院醫療保險		

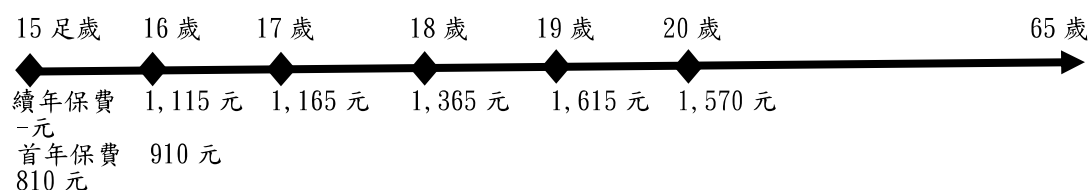
【調整費率情境說明】

●將依被保險人所投保商品及其保險年齡所對應之費率進行調整。

例 1：被保險人保險年齡 29 歲時投保【新青蘋果專案 C】，約定年繳保險費為新臺幣 1,576 元。於隔年保單年度時，將依當年度保險年齡計算保險費；經對照商品費率表，年繳保險費會隨被保險人保險年齡滿 30 歲增加調升為新臺幣 1,963 元。



例 2：被保險人保險年齡 18 歲投保【新重大傷病の好險】，約定年繳保險費為新臺幣 1,365 元。於隔年保單年度時，將依當年度保險年齡計算保險費；經對照商品費率表，年繳保險費會隨被保險人保險年齡滿 19 歲增加調升為新臺幣 1,615 元。



本人(即要保人)聲明本次投保已詳閱本告知書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所保商品係有費率調整機制。

此致 明台產物保險股份有限公司

立聲明書人(要保人)親自簽名：

法定代理人親自簽名：

業務員/執業經紀人(代理人)親自簽名：

中 華 民 國 年 月 日