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

XXXXX

臺灣產物陽光人生個人傷害保險要保書

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。

112.12.27 產精算字第 1120003621 號函備查

保險項目	保險金額			
	☐ 方案 A	☐ 方案 B	☐ 方案 C	☐ 方案 D
意外身故失能	100 萬元	200 萬元	300 萬元	500 萬元
搭乘大眾運輸工具意外事故	300 萬元	800 萬元	1,200 萬元	1,500 萬元
溺水意外保險金	100 萬元	100 萬元	200 萬元	200 萬元
火災事故保險給付	100 萬元	100 萬元	100 萬元	100 萬元
汽車交通事故給付	200 萬元	200 萬元	200 萬元	200 萬元
實支實付傷害醫療保險金	2 萬元	2 萬元	3 萬元	5 萬元
傷害醫療保險給付(日額型)	1,000 元	1,500 元	1,500 元	2,000 元
傷害住院慰問金	1,000 元	1,500 元	1,500 元	2,000 元
傷害住院加護病房保險給付(日額型)	2,000 元	3,000 元	3,000 元	5,000 元
燒燙傷病房日額給付	5,000 元	5,000 元	5,000 元	5,000 元
意外門診手術醫療保險金	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
輔助器具費用補償保險金（乙型）	100 萬元	100 萬元	100 萬元	100 萬元
急診保險金／救護車運送保險金	1 萬元	1 萬元	1 萬元	1 萬元
顏面傷害保險金	10 萬元	10 萬元	10 萬元	10 萬元
意外燒燙傷皮膚移植手術給付	100 萬元	200 萬元	200 萬元	300 萬元
☐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。			失能或醫療保險人受益人 ☑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。

3.本人（要保人、被保險人）於填寫要保書時已審閱並瞭解 貴公司所提供之「保險單條款」及「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。

4.本人（要保人、被保險人）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。

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：_____

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

XXXXXXXXXXXX

S00217

臺灣產物保險股份有限公司

（個 112/12 版）

履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

臺灣產物保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法（以下簡稱「個資法」）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：(一)財產保險(Ｏ九三)；(二)人身保險(ＯＯ一)；(三)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。

二、蒐集之個人資料類別：本公司蒐集之個人資料類別包含：識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、財務細節及健康及其他類等。例如：姓名、身分證統一編號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況、病歷、醫療、健康檢查或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料等予以填載，詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）：

(一)要保人/被保險人；(二）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構（三）當事人之法定代理人、輔助人；(四）各醫療院所；(五）與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險署、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

(一)得向本公司行使之權利：1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本；2.向本公司請求補充或更正；3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二)行使權利之方式：透過客服專線（0809-068888）向本公司提出申請。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

臺灣產物保險股份有限公司

（特 112/12 版）

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

立同意書人（以下簡稱本人）同意 貴公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理或利用，除 貴公司「履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外，得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)為之。本人已瞭解若不同意 貴公司蒐集、處理或利用前述資料， 貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

此致

臺灣產物保險股份有限公司

立同意書人簽名：_____

法定代理人簽名：_____

中華民國　　年　　月　　日

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

瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨招攬人員報告書(人身保險)

要保人姓名：		被保險人姓名： ☐同要保人以下免填
自然人	居住地：☐本國 ☐外國 _____（國名） 國籍：☐本國籍 ☐外國籍 _____（國名） 職業：☐一般職業 ☐註一職業:_____	要保人與被保險人關係：_____ 國籍：☐本國籍 ☐外國籍 _____（國名） 職業：☐一般職業 ☐註一職業:_____
法人	行業：☐一般行業 ☐註一行業_____ 法人負責人：_____ 法人註冊地：☐本國 ☐外國_____（國名）	行業：☐一般行業 ☐註一行業_____ 法人負責人：_____ 法人註冊地：☐本國 ☐外國_____（國名）

註一：律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。軍火商。不動產經紀人。當鋪業、融資從業人員。寶石及貴金屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博弈產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商。

註二：本報告書之部分問項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。

1. 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上? ☐是 ☐否，若是，請說明居住國家(地區)：_____
2. 保險費資金來源是否為解約、貸款或保險單借款? ……☐是 ☐否
3. 要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士? ……☐是 ☐否
(如:中央或地方民意代表、公務機關首長），若是，請說明：_____
4. 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? ……☐是 ☐否
5. 要保人是否已確實了解其繳交保險費係用以購買保險商品? ……☐是 ☐否
6. 要保人投保險種、保險金額及保險費支出與其實際需求是否已具相當性? ……☐是 ☐否

業務員報告書—個人傷害保險 / 健康險 / 旅綜險(1 人)適用

1、要保人及被保險人是否投保其它商業保險? …… ☐是 ☐否
2、投保前三個月內客戶是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款之情形? …… ☐是 ☐否
3、本契約是經由：☐親戚 ☐朋友 ☐家屬 ☐他人介紹 ☐陌生拜訪 ☐主動投保 ☐其他_____
4、招攬時是否確認要保人、被保險人及受益人之身分，並核對要保書填載內容確實無誤? …… ☐是 ☐否
5、招攬時是否向要保人或被保險人確認，要保人、被保險人及受益人之關係? …… ☐是 ☐否
6、是否親見要保人、被保險人及確認要保人、被保險人親簽相關文件? …… ☐是 ☐否
7、身故受益人是否指定配偶或直系親屬或法定繼承人? …… ☐是 ☐否
承上，若”否”請說明指定該受益人的原因：_____
8、要保人/被保險人投保目的及需求：(可複選)☐增加保障 ☐風險移轉 ☐子女教育經費 ☐房屋貸款 ☐其他_____
9、要保人/被保險人/家庭年收入：※若被保險人為未成年人/學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。
(1)家庭年收入：(**※要保人為法人者免填**) ☐0~50 萬元 ☐51~100 萬元 ☐101~200 萬元 ☐201 萬元以上。
(2)要保人年收入與其他收入：…… ☐0~50 萬元 ☐51~100 萬元 ☐101~200 萬元 ☐201 萬元以上。
(3)被保險人年收入與其他收入：…… ☐0~50 萬元 ☐51~100 萬元 ☐101~200 萬元 ☐201 萬元以上。
(4)家中主要經濟來源者，為被保險人之： ☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女☐其他_____

業務員報告書—團體傷害保險/團體旅遊綜合保險適用(2 人以上)適用

1、本契約是經由：☐親戚 ☐朋友 ☐家屬 ☐他人介紹 ☐陌生拜訪 ☐主動投保 ☐其他_____
2、招攬時是否確認要保單位、被保險人及受益人之身分，並核對要保書填載內容確實無誤：……☐是 ☐否
3、要保單位/被保險人投保目的及需求：(可複選) ☐員工福利 ☐風險移轉 ☐其他_____
保險費來源： ☐公費 ☐自費
4、財務狀況：
■要保人為**法人**適用
(1)要保單位之過去 3 年平均營收(※非營利團體免填)： ☐1000 萬元以下 ☐1001~ 1 億元 ☐ 1 億元以上
(2)被保險人平均家庭年度收入?(含其他收入) ☐50 萬元以下 ☐51~100 萬元 ☐101 萬元以上
■要保人為**自然人**適用
(1)要保人年收入與其他收入： …… ☐0~50 萬元 ☐51~100 萬元 ☐101~200 萬元 ☐201 萬元以上
(2)被保險人平均家庭年度收入?（含其他收入）☐50 萬元以下 ☐51~100 萬元 ☐101 萬元以上

經紀/代理人簽署人員簽章：_____ 業務員簽章：_____

中 華 民 國 年 月 日

臺灣產物保險股份有限公司保險費信用卡付款授權書

要保人簽章:**（需與要保書相同）**	保單號碼/繳款單號/被保險人 ID/牌照號碼:

信用卡授權（持卡）人與保單之關係:**（請擇一勾選）**

一、 授權（持卡）人為□要保人□被保險人□受益人（若本公司系統未留存受益人身分證統一編號，請人工檢核是否為保單關係人）

二、 授權（持卡）人為□要保人□被保險人□受益人 之配偶或二親等血親內親屬或法定代理人

□配偶 □父母 □子女 □兄弟姐妹 □(外)祖父母 □(外)孫子女 □監護人 □輔助人

◆ **請檢附身分證影本或戶口名簿影本等關係證明文件**

三、 授權（持卡）人為□法人（公司商務卡）□法人負責人□法人員工

◆ **請檢附識別證或名片或聲明書等關係證明文件**

法人授權信用卡付款聲明書

茲聲明授權書內信用卡之授權（持卡）人為要保人、被保險人之公司商務卡或其負責人或其員工，並同意以授權書內信用卡帳戶扣繳本公司保險費。

聲明人:（要保人、被保險人之大小章）_____

信用卡種類：□VISA □MASTER □JCB

信用卡卡號：_____－_____－_____－_____

授權（持卡）人姓名：（中文正楷）	授權（持卡）人身分證統一編號：

發卡銀行：	信用卡有效期限： 西元_____月_____年	授權（簽帳）日期: _____年_____月_____日

保險費信用卡授權金額： 拾 萬 仟 佰 拾 元整

授權（持卡）人簽名:(留存信用卡上之簽名樣式)	授權（持卡）人聯絡電話：

註:

1. **信用卡授權人同意以信用卡支付上開保險費予臺灣產物保險股份有限公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。**
2. **本項交易若未獲聯合信用卡處理中心核准，則本保險費信用卡付款授權書自動失效，保險費視同未收。**
3. **保單服務人員（含業務員）須對授權書填寫之內容審核無誤，包含卡號、授權人姓名、身分證統一編號、信用卡有效期限、授權人和要保人簽名等資訊。**

保單服務人員（含業務員）審核無誤:_____

（財）110/11 版

➢ **授權（持卡）人已充分知悉本公司依據個人資料保護法所告知之事項，並清楚瞭解本公司蒐集、處理及利用授權（持卡）人相關資料之目的及用途。上開告知事項已公告於本公司官網（http://www.tfmi.com.tw）。**

※保單有附加自動續保(約)條款者，始適用下列信用卡授權約定事項※

一、 本授權書之效力包括本授權書所約定之保險單，要保人加保自動續約附加條款時，授權（持卡）人同意以本授權書之信用卡支付上開保險之續保保險費。

二、 信用卡如有卡號變更、停用或有效期限到期等情事，授權（持卡）人應主動通知本公司並重新填具授權書。

履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

寶祥保險經紀人股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集之目的：

（一）人身及財產保險。（二）行銷。（三）消費者、客戶管理與服務。（四）調查、統計與研究分析。（五）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

二、蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、 職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、與事故經過相關的查證個人資料等(包含非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如相關業務申請書或契約書及應備文件內容所載。

三、個人資料之來源：(一）要保人、被保險人。(二）您或您的法定代理人、輔助人。(三）本公司各項業務內所委託、往來之第三人。(四）各醫療院所。(五）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一）期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二）對象：本(分)公司、產、壽險公司、要保單位、寶健代理人保險股份有限公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、業務委外機構、與本公司有再保、共同行銷或合作推廣等業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(三）地區：上述對象所在之地區。(四）方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，您就本公司保有您之個人資料得行使之權利及方式：(一）得向本公司行使之權利：1.查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.請求補充或更正。3.請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二）行使權利之方式：書面。

六、您不提供個人資料所致權益之影響：您若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝、遲延或無法提供您相關服務或給付。

七、上開告知事項，如有任何疑問，歡迎洽詢本公司服務專線(02)2231-6319。

106.08.18 版