

「本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業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。」要保人可透過免費服務申訴電話(0800-012-080)或本公司網站(http://www.taian.com.tw)、總公司、分公司及通訊處查閱及索取電腦查閱資訊公開說明文件。  
**泰安產物個人責任保險要保書** 100.07.27(100)精企字第 256 號函備查

要保人	姓名	身分證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日
	住所 (保單寄送地址)	□□□		E-mail			
	聯絡電話	手機:	住家:( )	公司:( )			
保險期間	自民國 年 月 日午夜十二時起 一年整		經本公司同意承保並通知續保後，要保人繼續交付續保保險費，則本契約視為續保				
被保險人	<input type="checkbox"/> 同要保人 (右欄可免填)	姓名	身分證字號		出生日期	民國 年 月 日	
		住所 (通訊地址)	□□□		與要保人關係		
		聯絡電話	手機:	住家:( )	公司:( )		性別
任職機構	職稱		詳細工作內容 (兼職內容)				
身故受益人	姓名	身分證字號		與被保險人關係		保險金分配方式(請擇一勾選)	
	(1)					<input type="checkbox"/> 1.按填寫順位	
	(2)					<input type="checkbox"/> 2.均分	
	(3)					<input type="checkbox"/> 3.比例：(1) _____%(2) _____%(3) _____%	
<small>※殘廢及傷害醫療保險金受益人為被保險人本人。身故或喪葬費用保險金受益人如未填寫，即視為指定以被保險人之法定繼承人為受益人，並依民法所定應繼分比例分配之。                  ※如受益人為二人以上時，請勾選保險金分配方式，如未註明，本公司以均分辦理。</small>							

保險種類	承保範圍	保險金額(NT\$)	方案 A	方案 B	方案 C	方案 D
主保險契約	個人責任保險		30 萬	50 萬	80 萬	100 萬
附加保險	個人責任保險附加傷害保險		100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
個人責任保險 附加傷害保險 -附加條款	搭乘大眾運輸工具意外事故加倍給付附加條款		200 萬	300 萬	1,200 萬	1,500 萬
	天災事故加倍給付附加條款		-	-	-	100 萬
	火災加倍給付附加條款		-	-	-	100 萬
	傷害醫療保險金給付附加條款(實支實付型)		-	3 萬	3 萬	3 萬
	傷害醫療保險金給付附加條款(住院日額型)(最高 90 天)		-	2,000/日	2,000/日	2,000/日
	續保附加條款		附加	附加	附加	附加
	一年期總保險費		<input type="checkbox"/> 985	<input type="checkbox"/> 2,380	<input type="checkbox"/> 3,335	<input type="checkbox"/> 4,945

**【被保險人告知事項】** 依保險法第 64 條規定，要保人及被保險人應詳實告知，並應親自填寫要保書，如違反該告知而影響危險評估，則保險公司得解除契約且無須退還所交之保險費，保險事故發生後亦同，請特別注意。

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(收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤(2) 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(3) 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病(4) 糖尿病(5) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症(6) 視網膜出血或剝離、視神經病變	是	否
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 目前身體機能是否有下列障害(請勾選)：

(1) 失明。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 是否曾經因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目前視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 0.3 以下。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 聾。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 是否曾經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 50 分貝(dB)以上。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 啞。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**※被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療或實支實付型醫療保險？**

- (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

**【要保人與被保險人聲明事項】**

- 本人(被保險人)同意 貴公司得查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。
- 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，申請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 貴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 貴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 貴公司仍承保者， 貴公司對同一保險事故仍依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴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。

※上列問題中，若勾選「是」者，請註明題號、病名、罹病時間、治療情形、醫院名稱及目前狀況於下：

此致 泰安產物保險股份有限公司

要保人簽名：\_\_\_\_\_ (請親自簽名)

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_ (要/被保險人未滿 20 足歲者，請法定代理人簽名)

被保險人簽名：\_\_\_\_\_ (請親自簽名)

申請日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**【注意事項】**  
 1. 依保險法第 107 條及第 135 條規定，以未滿十五歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五歲之日起發生效力。投保保險未滿 15 足歲僅適用殘廢保險金。  
 2. 對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或其有關之行動，不論其是否有其他原因或事件同時或先後介入所致被保險人死亡或殘廢，本公司對被保險人投保本公司附加有「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之全部傷害保險(含主契約及附約)之給付金額，合計給付最高以新台幣貳佰萬元為限。(92.12.29 財政部台財保第 0920073327 號函核准)

以下由保險業務員填寫			保險代理人/經紀人 簽署章	以下由泰安產物保險公司填寫		
姓名(簽名)	登錄 ID	單位		經手代號	業務來源	統計代號
聯絡電話	收件日期	備註	保經代代號	核保人員	輸入人員	