

# 安心99

個人傷害保險專案

創造無憂未來 心安就是平安



幣別：新台幣(元)

保險項目\計劃別	計劃1	計劃2	計劃3	計劃4	計劃5	計劃6	計劃7	計劃8	計劃9	計劃10	計劃11	計劃12	
1. 個人傷害險	100萬	100萬	100萬	200萬	200萬	200萬	300萬	300萬	300萬	500萬	500萬	500萬	
2. 搭乘大眾運輸工具特定事故增額	-----	100萬	400萬	-----	200萬	800萬	-----	300萬	1200萬	-----	500萬	1500萬	
3. 電梯特定事故增額	-----	100萬	100萬	-----	200萬	200萬	-----	300萬	300萬	-----	500萬	500萬	
4. 火災特定事故增額	-----	-----	100萬	-----	-----	200萬	-----	-----	300萬	-----	-----	500萬	
5. 天災特定事故增額	-----	-----	100萬	-----	-----	200萬	-----	-----	300萬	-----	-----	500萬	
6. 高速公路乘客特定期間增額	-----	-----	100萬	-----	-----	200萬	-----	-----	300萬	-----	-----	500萬	
7. 食物中毒慰問保險金(定額給付)	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	
8. 傷害醫療保險給付(實支實付型)	2萬			2萬			3萬			3萬			
9. 傷害醫療給付 (日額給付乙型)	一般病房	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1500	1500	1500	2000	2000	2000
	加護病房	2000	2000	2000	2000	2000	2000	3000	3000	3000	4000	4000	4000
	燒灼傷病房	2000	2000	2000	2000	2000	2000	3000	3000	3000	4000	4000	4000
10. 緊急醫療救護費用給付(次)	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	
11. 特別看護費用給付	-----	10萬	10萬	-----	10萬	10萬	-----	10萬	10萬	-----	10萬	10萬	
12. 居家療養保險金(按實際住院數)	500	500	1000	500	500	1000	500	500	1000	500	1000	1000	
13. 意外傷害住院慰問保險金 (連續住院超過3日以上)	-----	-----	1000	-----	-----	1000	-----	-----	1000	-----	-----	1000	
14. 意外門診手術醫療保險金(次)	-----	-----	500	-----	-----	500	-----	-----	500	-----	-----	500	
年繳保險費	第一類	1000	1100	1250	1800	1900	2200	2600	2750	3250	4400	4500	5000
	第四類	1200	1300	1450	2000	2100	2400	2800	2950	3450	-----	-----	-----

## 【自動續約附加條款】(本公司最終保有承保與否之權利)

註：因遭遇意外傷害事故導致身體蒙受傷害而殘廢或死亡，同時符合保險單所約定特定事故之保險事故，僅給付其中一項給付金額較高之保險金。  
\*詳細投保規定及其他職業類別之保費請洽服務人員

### 注意事項

- 商品文號：99.07.12(99)台壽保產險商品字第 0166 號函備查。
- 有關本公司保密措施及資訊公開說明，歡迎至本公司網站<http://www.tlains.com.tw>查閱，或親臨公司台北市中正區許昌街17號13樓-1或各分支機構洽詢。總公司代表號(02)2370-0789；免費申訴電話 0800-075-777
- 本文宣僅供參考；且台壽保產險保留承保與否及調整保險費之權利，除外不保事項(責任)及其他未盡事宜，悉依台壽保產險保單條款規定辦理。
- 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。本產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。

保戶服務專線：0800-075-777  
地址：台北市許昌街17號13樓之1  
E-Mail：service@tlains.com.tw

內部審查文號：99台壽保商企字第 80099042 號

卓越、專業、效率、革新、關懷

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。

公司保密措施及資訊公開說明：對於您個人資料，我們有嚴格的保密措施，以維護您的隱私權，有關本公司保密措施及資訊公開說明，歡迎至本公司網站 (<http://www.tlgs.com.tw>) 查閱，或親臨本公司台北市中正區許昌街17號13樓-1或各分支機構洽詢。免費申訴電話：0800-075777。

保險單號碼	第		號係		第		號續保	
被保險人	姓名	身份證號碼			出生日期		年 月 日	
	住所				聯絡電話 ( )			
	工作性質				行動電話			
	公司名稱	職稱	兼職/副業		職業類別及代號		/	
是否已投保(請勾選)：1.實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 2.實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否								
要保人	姓名	身份證號碼			與被保險人關係		電話：	
	住所							
受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人							
	<input type="checkbox"/> 受益人記載如後，姓名： 關係： 姓名： 關係： 姓名： 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			

幣別：新台幣(元)

保險項目	勾選計劃別	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12
1.個人傷害險		100萬	100萬	100萬	200萬	200萬	200萬	300萬	300萬	300萬	500萬	500萬	500萬
2.搭乘大眾運輸工具特定事故增額		-----	100萬	400萬	-----	200萬	800萬	-----	300萬	1200萬	-----	500萬	1500萬
3.電梯特定事故增額		-----	100萬	100萬	-----	200萬	200萬	-----	300萬	300萬	-----	500萬	500萬
4.火災特定事故增額		-----	-----	100萬	-----	-----	200萬	-----	-----	300萬	-----	-----	500萬
5.天災特定事故增額		-----	-----	100萬	-----	-----	200萬	-----	-----	300萬	-----	-----	500萬
6.高速公路乘客特定期間增額		-----	-----	100萬	-----	-----	200萬	-----	-----	300萬	-----	-----	500萬
7.食物中毒慰問保險金(定額給付)		2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000
8.傷害醫療保險給付(實支實付型)		2萬			2萬			3萬			3萬		
9.傷害醫療給付(日額給付乙型)	一般病房	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1500	1500	1500	2000	2000	2000
	加護病房	2000	2000	2000	2000	2000	2000	3000	3000	3000	4000	4000	4000
	燒灼傷病房	2000	2000	2000	2000	2000	2000	3000	3000	3000	4000	4000	4000
10.緊急醫療救護費用給付(次)		2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000
11.特別看護費用給付		-----	10萬	10萬	-----	10萬	10萬	-----	10萬	10萬	-----	10萬	10萬
12.居家療養保險金(按實際住院數)		500	500	1000	500	500	1000	500	500	1000	500	1000	1000
13.意外傷害住院慰問保險金(連續住院超過3日以上)		-----	-----	1000	-----	-----	1000	-----	-----	1000	-----	-----	1000
14.意外門診手術醫療保險金(次)		-----	-----	500	-----	-----	500	-----	-----	500	-----	-----	500
15.特定事故暨特定期間保險金最高給付限額附加條款		-----	附加	附加	-----	附加	附加	-----	附加	附加	-----	附加	附加

年繳保險費	第一類												
	第四類												

**【自動續約附加條款】** 同意 不同意 (本公司最終保有承保與否之權利)

要保人及被保險人聲明及告知事項：  
聲明事項：

- 本人(被保險人)同意台壽保險股份有限公司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)同意台壽保險股份有限公司將本要保書上載本人資料轉送產、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，但各該公司仍依其本身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)同意台壽保險股份有限公司得依「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台壽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台壽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，而台壽保險股份有限公司仍承保者，台壽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台壽保險股份有限公司者，同意台壽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。

- 告知事項：
- (一)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？否 是，請說明：  
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。2. 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障害(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。3. 癌症(恶性肿瘤)、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。
- (二)目前身體機能是否有？否 是，請說明：  
1. 失明。2. 是否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. 是否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。

此致  
台壽保險股份有限公司 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)

※「要保人(被保險人)告知事項」務請據實回答，如有故意隱匿、過失遺漏，或為不實之說明者，保險公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約。保險事故發生後亦同。但要保人(被保險人)證實危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。

※「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之內容約定最高給付金額為新台幣200萬元。 要保日期：中華民國 年 月 日

核保	初核/輸入	經辦	業務來源(代理/經紀人)	經手人
				單位： 姓名： ID：

【安心99】100.07

保險費信用卡發帳單

信用卡別： <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB	發卡銀行：	發帳日期： 年 月 日	發帳金額
信用卡卡號： - - -	有效期限：20 年 月止	被保險人	保單號碼
持卡人姓名：	身分證字號：	拾 萬	仟 佰 拾 元
電話：(日間) (行動)	與要保人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他	持卡人簽名： _____	

持卡人已詳閱下列注意事項，對發帳單內容均已充分瞭解，並簽名如下以示同意：  
(1)持卡人同意以信用卡支付上開發帳金額予台壽保險股份有限公司(下稱本公司)，並保證所填資料均詳實無訛。(2)扣款交易若未獲發卡機構核准，則本發帳單自動失效，本公司得再行收費。  
(3)持卡人同意本項交易日後若有退費，將退給要保人或被保險人。(4)持卡人應依發卡機構約定之期限或金額繳款，否則會發生循環利息及相關費用。