

新光 保倍

C

專案特色

- **搭乘大眾運輸工具多倍保障**
【大眾運輸交通工具】意外事故高達5倍保障
- **傷害醫療全面給付**
【意外醫療住院日額】及【實支實付保險金】可同時申請給付
- **完整住院保障規劃**
【一般病房日額】給付及【加護病房日額】或【燒燙傷病房日額】加倍額外給付，意外住院達三日(含)以上並給付【住院慰問金】
- **加值意外傷害補助**
【骨折未住院】依骨折日數表折算補償
意外傷害【門診手術】及【顏面傷殘】額外補助
- **勞安人員意外保障**
專為五、六類職業類別人員提供專屬意外傷害保障專區
- **個人責任保險保障**
【個人責任保險】增添個人家庭生活常見責任求償防護

(新台幣：元)

保障內容/保險金額	方案A	方案B	方案C	方案D	兒童方案	
個人責任保險(每一事故自負額10,000)	保險期間內累計10萬					
一般意外身故、殘廢	100萬	200萬	300萬	500萬	200萬	
搭乘大眾運輸交通工具意外身故、殘廢(含一般意外死殘保額)	500萬	1,000萬	1,500萬	2,500萬	200萬	
傷害醫療保險給付(日額型)(每次傷害給付最高90日)	每日1,000		每日2,000			
傷害醫療保險給付(日額型)(加護病房每次傷害額外給付最高14日)	每日1,000		每日2,000			
傷害醫療保險給付(日額型)(燒燙傷病房每次傷害額外給付最高14日)	每日1,000		每日2,000			
骨折未住院補償(依骨折日數表折算限額)	最高3萬		最高6萬			
住院慰問保險金(住院須達3日(含)以上)	每次1,000		每次2,000			
傷害醫療保險給付(實支實付型)	1萬		2萬			
意外門診手術醫療保險金	每次500					
顏面傷殘保險給付	每次1萬					
每人年保險費	一類	1,280	2,180	3,380	5,280	980
	五類	4,500	-	-	-	-

投保條件：

1. 投保年齡限制：1~70歲
2. 職業類別：一~六類，表列保費系職業類別一、五類適用，如屬其他職業類別者，請洽本公司核保人員。
3. 每一被保險人於本公司一般意外傷害保險金額累積不得超過500萬，且新光產物保留承保與否及調整保險費之權利，其他未盡事宜，悉依新光產物保險單條款規定辦理。
4. 本專案不承保以下職業類別人員及性質：長期駐留(指六個月以上)大陸或國外之人士、外國人士、非法入境者、鎮暴警察、情治調查人員、救難船員、特技演員、武打演員、馴獸師、高壓電工程施工人員、礦工、爆破工作人員、炸藥業從業人員、硫酸、鹽酸、硝酸等有毒物品製造人員、火藥、爆竹製造廠人員、各種職業運動人員等及拒保類人員。

注意事項：

1. 本專案商品殘廢保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理受益人之變更。申請「實支實付」型傷害醫療保險金應提供收據正本，但要保時告知已投保其他「實支實付」型傷害醫療保險時，本公司對於同一事故，仍依各該險別條款負擔賠償責任；被保險人若未以全民健保身份就醫時，本公司僅依其實際醫療費用之70%給付保險金。身故保險金受益人新光產物僅接受被保險人指定其父母、配偶、子女或兄弟姐妹為受益人。
2. 本保險以一年為期，自新光產物核保通過及扣款成功後，追溯自新光產物收訖要保書當日午夜十二時生效。如付款人之信用卡無法扣款，本申請書自始無效。
3. 為保障被保險人權益，如日後職業變更且變更後之職業屬不承保者，請務必通知新光產物辦理退保，如未通知，於保險事故發生時新光產物將不予理賠並終止該保險契約，本公司將自發生日起按日數計算退還未滿期保險費；但若被保險人發生事故時之職業類別與投保時所填之職業類別不符時，若被保險人發生事故時之職業類別高於投保時之職業類別，則依實繳保費與應繳保費之比例給付保險金。
4. 如被保險人同時符合本保險單所約定承保項目兩項或兩項以上時，新光產物依最高保險金額者給付身故保險金或殘廢保險金。

核准文號：

95.03.14金管保二字第09402136620號函核准；97.05.30依96.12.28金管保一字第09602505761號令修正；100.02.25依據行政院金融監督管理委員會99.09.01金管保品字第09902527791號令修訂；100.02.25(100)新產精發字第135、136號函備查；100.07.21(100)新產精發字第554號函備查；92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)；96年8月31日依行政院金融監督管理委員會95年9月1日金管保二字第09502522257號令修正；99年2月10日產健字第018號函備查

新光產物「個人責任保險暨其附加傷害保險及其附加條款」要保書

要保人可透過免費服務電話(0800-005-588、0800-789-999)或本公司網站(<http://www.skinsurance.com.tw>)、總公司、分公司及通訊處查詢及索取電腦查閱資訊公開說明文件。
100.07.21 依據行政院金融監督管理委員會100.06.09 金管保財字第10002524863號令修訂
100.07.21(100)新產保發字第556號函備查

保單號碼	續保單號	保險期間	自民國 年 月 日午夜十二時起一年。
------	------	------	--------------------

要保人基本資料

姓名	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證號碼	聯絡電話			(H): (O): 行動電話:
戶籍/聯絡住址				

※若戶籍與聯絡地址不同請分別填寫

被保險人基本資料

姓名	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證號碼	聯絡電話			(H): (O): 行動電話:
聯絡住址	<input type="radio"/> 同要保人聯絡住址			
與要保人關係	要保人之 <input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 子女 <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 兄弟姊妹 <input type="radio"/> 僱傭	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? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
服務單位 (學校名稱)	職位/工作內容	職業類別	(由新光產物人員填寫)	

身故保險金受益人基本資料 (殘廢保險金及傷害醫療保險金的受益人均為被保險人本人,本公司不受理其指定或變更。)

身故受益人	姓名 1	身分證號碼	與被保險人關係	給付方式 <input type="radio"/> 均分 <input type="radio"/> 順位
	姓名 2	身分證號碼	與被保險人關係	

※指定身故受益人限定為被保險人之配偶、子女、父母及兄弟姊妹,未指定者,視為同意以法定繼承人為身故保險金受益人。 ※本契約以未滿15足歲之未成年人為被保險人,不含身故保險金。(新台幣:元)

保障內容/保險金額	方案 A	方案 B	方案 C	方案 D	兒童方案 E
個人責任保險 (每一事故自負額 1 萬)	保險期間內累計 10 萬				
一般意外身故、殘廢	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	200 萬
搭乘大眾運輸交通工具意外身故、殘廢 (含一般意外死殘保額)	500 萬	1,000 萬	1,500 萬	2,500 萬	200 萬
傷害醫療保險給付 (日額型) (每次傷害給付最高 90 日)	每日 1,000		每日 2,000		
傷害醫療保險給付 (日額型) (加護病房每次傷害額外給付最高 14 日)	每日 1,000		每日 2,000		
傷害醫療保險給付 (日額型) (燒燙傷病房每次傷害額外給付最高 14 日)	每日 1,000		每日 2,000		
骨折未住院補償 (依骨折日數表折算限額)	最高 3 萬		最高 6 萬		
住院慰問保險金 (住院須達 3 日(含)以上)	每次 1,000		每次 2,000		
傷害醫療保險給付 (實支實付型)	1 萬		2 萬		
意外門診手術醫療保險金	每次 500				
顏面傷殘保險給付	每次 1 萬				
自動續保附加條款	<input type="checkbox"/> 同意附加 <input type="checkbox"/> 不同意附加				
每人年保險費	一類	<input type="checkbox"/> 1,280	<input type="checkbox"/> 2,180	<input type="checkbox"/> 3,380	<input type="checkbox"/> 5,280 <input type="checkbox"/> 980
	五類	<input type="checkbox"/> 4,500	-	-	-

告知事項為確保您的權益,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保險契約,保險事故發生後亦同。

- 1、被保險人過去二年內是否曾罹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 140mmHg 或舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。..... 是 否
 - (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。..... 是 否
 - (3)、癌症 (急性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。..... 是 否
 - (4)、糖尿病。..... 是 否
 - (5)、酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。..... 是 否
 - (6)、視網膜出血或剝離、視神經病變。..... 是 否
- 2、被保險人目前身體機能是否有下列障害?
- (1)、失明。..... 是 否
 - (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 O、三以下。..... 是 否
 - (3)、聾。..... 是 否
 - (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。..... 是 否
 - (5)、啞。..... 是 否
 - (6)、咀嚼、吞嚥或言語機能障害。..... 是 否
 - (7)、四肢 (含手指、足趾) 缺損或畸形。..... 是 否
- 若有以上事項,請詳述告知,如就診醫院、就診日期、診療紀錄,請告知診治項目及結果。

聲明事項

一、本人(被保險人)同意新光產物保險公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
二、本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險公司將本要保書上所載本人資料轉送、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。
三、本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險公司得依「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。
四、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新光產物保險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新光產物保險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,而新光產物保險公司仍承保者,新光產物保險公司對同一保險事故仍應依各該保險條款約定給付責任。如有重複投保而未通知新光產物保險公司者,同意新光產物保險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。

※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。
※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。
※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本,投保人須知,要保書填寫說明請於下方欄位簽名。
※本人(被保險人、要保人)已確認告知事項及聲明事項之內容詳於下方欄位簽名。
※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」(92.12.29 財政部台財保字第 0920073327 號函核准(公會版)、96.08.31 依據行政院金融監督管理委員會 95.09.01 金管保二字第 09502522257 號令修訂、99 年 2 月 10 日產健字第 018 號函備查)條款之內容及規定。

要保人親簽: _____ 法定代理人親簽: _____
(未成年者請由法定代理人親簽。)

被保險人親簽: _____ 要保日期: 民國 年 月 日

專案名稱	核保	科長	經副理	經辦人員/登錄字號	保經代簽署	保經代業務人員/登錄字號
新光保倍系列 C 專案				經辦代號:	收件號:	
				簽名:	單位代號:	
				登錄字號:	簽名:	
				登錄字號:	登錄字號:	

