



有關本公司資訊公開說明，歡迎查閱本公司網站(<https://www.ctbcins.com>)，或親臨本公司台北市中正區許昌街17號18樓之1或各分支機構洽詢。本公司免費申訴電話：0800-075-777。

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。

保單號碼：		第	號係	第	號續保		
要保人	要保單位/ 姓名：	代表人：		出生日期：民國 年 月 日	年齡： 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	統一編號/身分證字號：			國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____	與被保險人關係：		
	住所： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			聯絡電話：住家( ) 公司( ) 手機			
	保單寄送方式	本人同意貴公司以「電子保單」方式寄送。如僅有紙本保單需求者，請勾選 <input type="checkbox"/> 紙本保單。		E-mail	(因應電子保單寄送，行動電話或E-Mail請擇一填寫)		
被保險人	被保險人姓名： <input type="checkbox"/> 同要保人/	身分證字號：		出生日期：民國 年 月 日	年齡： 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	住所： <input type="checkbox"/> 同要保人住所/ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	聯絡電話：住家( )		公司( )		手機	婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	
	服務單位：		職稱：		國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____		
	工作性質：		兼職：		職業代碼：		
是否已投保其他商業(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							
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) <input type="checkbox"/> 否 目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是(請提供相關證明文件) <input type="checkbox"/> 否							
身故保險金受益人	身故保險金受益人： <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(受益人超過1人時請詳述保險金分配及順序方式，若無註明則以均分辦理。)						
	姓名	身分證字號	與被保險人關係	國籍	均分 順位 比例	聯絡電話	聯絡地址
					<input type="checkbox"/>		地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所/ <input type="checkbox"/> 同被保險人住所/ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
							地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所/ <input type="checkbox"/> 同被保險人住所/ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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。							
保險期間：自民國 年 月 日午夜十二時起一年。				年繳總保費： 元			
承保範圍/保險金額 幣別/單位：新臺幣/元			P14051 方案A		P14052 方案B		
樂齡個人傷害保險	身故或喪葬費用保險金及失能保險金		50 萬		100 萬		
	傷害醫療保險金日額型		1,000		2,000		
	加護病房保險金		1,000		2,000		
	意外門診手術醫療保險金		1,000		2,000		
	住院慰問保險金		2,000		2,000		
	食物中毒慰問保險金		2,000		2,000		
	輔助器具費用保險金		5 萬		5 萬		
	人工關節醫材購置補助保險金(每年二次)		1 萬		2 萬		
	人工膝關節醫材購置補助保險金(每年二次)		1 萬		2 萬		
	人工水晶體醫材購置補助保險金(每年二次)		1 萬		2 萬		
年繳保險費	投保年齡 60~69 歲(職業等級 1-2 類)		<input type="checkbox"/> 2,091		<input type="checkbox"/> 4,078		
	投保年齡 70~79 歲(職業等級 1-2 類)		<input type="checkbox"/> 4,032		<input type="checkbox"/> 7,898		
	續保年齡 80~85 歲(職業等級 1-2 類)		8,372		16,463		
傷害保險續保約定附加條款			<input type="checkbox"/> 同意附加 (若未勾選視為不同意附加)				

**【要保人(被保險人)告知事項】**本人於訂立本契約時，對於 貴公司要保書書面詢問之告知事項均已據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，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。

**【以下告知事項為必填欄位】**

(一)被保險人之職業詳細工作內容：\_\_\_\_\_ 被保險人之兼業詳細工作內容：\_\_\_\_\_

(二)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？ 是 否，如是，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、糖尿病。
- (4)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。
- (5)視網膜出血或剝離、視神經病變。

(三)目前身體機能是否有下列障害？

- (1)聾、啞、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○·三以下。
- (3)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。
- (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)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。

**【要保人與被保險人聲明事項】**

1. 本人(被保險人)同意中國信託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(被保險人、要保人)同意中國信託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(被保險人、要保人)同意中國信託產物保險股份有限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)已審閱 貴公司所提供之保險單條款，並於下方欄位簽名。

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人/監護人簽名：\_\_\_\_\_  
(要保人未成年或受監護宣告者須簽名)

※本人(要保人)已審閱貴公司「投保人須知」及「要保書填寫說明」。

※本人已知悉並明瞭『中國信託產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款』(92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)、109.12.31依金融監督管理委員會109年9月7日金管保產字第1090144145號函修正)條款之內容及約定。

※中國信託產物保險股份有限公司保留最終承保與否之權利。

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽名(關係)：\_\_\_\_\_ 要保日期：\_\_\_\_\_  
被保險人簽名：\_\_\_\_\_ (要/被保險人未成年者需其法定代理人簽名) 民國 年 月 日

核保	初核/輸入	服務人員	招攬人員填寫欄				保經、代公司簽章
			單位	登錄字號	招攬人員簽名		
			業務來源(代號)：_____				

-----以下非屬要保書內容-----

**【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「告知說明書」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  
中國信託產物保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日



## 特別提醒事項聲明書

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解本次申請投保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註1)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，貴公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則。

此致 中國信託產物保險股份有限公司

要保人簽章：\_\_\_\_\_ 法定代理人/監護人/輔助人簽章：\_\_\_\_\_ (註2)

被保險人簽章：\_\_\_\_\_ 法定代理人/監護人/輔助人簽章：\_\_\_\_\_ (註3)

業務員／保險經紀人（保險代理人）簽名：\_\_\_\_\_

註1：同性質保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

註2：如要保人為未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如要保人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

註3：如被保險人為未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如被保險人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

中華民國                      年                      月                      日



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 (A&H 適用)

要保單位 /要保人	名稱/姓名	負責人姓名		
	法人註冊地 _____ 法人設立時間 _____ 是否已發行無記名股票 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否上市櫃公司 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本國人 <input type="checkbox"/> 外國人: 國籍 _____	客戶屬性: <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所有列職業
被保險人	姓名	<input type="checkbox"/> 本國人 <input type="checkbox"/> 外國人: 國籍 _____	客戶屬性: <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所有列職業
<p>註一：高風險之行業參考國家洗錢資恐及資武擴風險評估報告所列之高及非常高行業，以及本集團之高風險行業範圍。類別如下：(一)高風險職業為其本人：會計師、律師。(二)高風險行業及其董事、監察人、總經理或與其職責相當之人：國際金融業務分行(OBU)、提供虛擬資產服務之事業或人員、本國銀行國際證券業務分公司(OSU)、外國銀行在臺分行、國際保險業務分公司(OIU)、證券商、銀樓業、辦理儲金匯兌之郵政機構、人壽保險公司、提供第三方支付服務之事業或人員、不動產經紀業、農業金融機構(含全國農業金庫、農會信用部及漁會信用部)、博弈產業、軍火產業、高單價商品交易商(珠寶業批發及零售)、大使館/領事館、線上遊戲事業、海運燃油貿易業。</p> <p>註二：本報告書之部份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。</p> <p>註三：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者： (1)依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構：國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。 (2)要保人或被保險人為法人，接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新台幣五千萬元以上。</p>				
<p>1、要保人年收入與其他收入 <input type="checkbox"/> 0-50 萬 <input type="checkbox"/> 51-100 萬 <input type="checkbox"/> 101-150 萬 <input type="checkbox"/> 151-200 萬 <input type="checkbox"/> 201 萬以上 _____ 萬 被保險人年收入與其他收入 <input type="checkbox"/> 0-50 萬 <input type="checkbox"/> 51-100 萬 <input type="checkbox"/> 101-150 萬 <input type="checkbox"/> 151-200 萬 <input type="checkbox"/> 201 萬以上 _____ 萬 被保險人為已婚者，請填寫家庭年收入，請詳述配偶之工作內容： _____ 被保險人為學生者，請填寫父母或法定代理人年收入，請詳述父母或法定代理人之工作內容： _____</p>				
2、要保人與被保險人投保目的及需求： <input type="checkbox"/> 增加保障 <input type="checkbox"/> 風險轉移 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
3、本次投保的保險費支出來源為：(可複選) <input type="checkbox"/> 薪資 <input type="checkbox"/> 股票或基金 <input type="checkbox"/> 房租或利息 <input type="checkbox"/> 舊保單解除或終止契約 <input type="checkbox"/> 貸款或保單借款 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
4、被保險人與業務員的關係是： <input type="checkbox"/> 親戚，關係 _____ <input type="checkbox"/> 朋友，認識 _____ 年 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 主動投保，請簡要說明招攬過程： _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____				
5、家中主要經濟來源為被保險人之： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
6、被保險人身體健康狀況： <input type="checkbox"/> 正常/普通 <input type="checkbox"/> 其他(肥胖、矮小、瘦弱、巨大、病容、肢端肥大、膚色潮紅、蒼白、黃疸、水腫、聾啞、步態不穩、機能障礙、盲、肢體缺損/畸形) ※請說明： _____				
7、身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？若否，請說明原因 _____				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8、被保險人是否已投保(或正在投保)其他商業保險？				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9、過去一年要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上；若是，請說明居住國家(地區) _____				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10、要保人及被保險人投保前三個月內是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款之情形				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11、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(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
12、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，抑或對於具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
13、招攬人員已瞭解保險契約以電子保單形式出單者，至少應取得要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可足資傳遞電子文件之聯絡方式(保險契約係以電子保單型式出單者適用)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
14、招攬人員已向要保人(單位)/被保險人詳細說明保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p><b>招攬人員招攬聲明事項：</b> 1、要保書之被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確經本人當面向要、被保險人說明並核對身分證件，且由要、被保險人親自填寫要保書及簽名無誤。 2、本人向要、被保險人招攬時，已評估過要、被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額的相當性，要保人確已瞭解其所繳保費係用以購買保險商品，並於面見要、被保險人後作成本保險需求及適合度評估暨業務員報告書，如有不實致中國信託產險受損時，願負賠償責任，特此聲明。</p>				
招攬人員補充說明：				
招攬單位： _____ 招攬人員簽名： _____ 保經、代公司簽章： _____				
※個人執業之保經、代為業務招攬時，請於「招攬人員簽名欄」或「保經、代公司簽章欄」簽署。 中華民國： _____ 年 _____ 月 _____ 日				



# 保費繳納暨刷卡授權書

請填妥信用卡繳納保險費專用表(如下) 傳真本公司

(表一)

要保人	被保險人	保單號碼	保險費金額	信用卡繳納保費者，請填寫持卡人與要/被保險人關係	
	<input type="checkbox"/> 同要保人			持 卡 人 為 左 列	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人
	<input type="checkbox"/> 同要保人				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 企業員工 <input type="checkbox"/> 法人負責人
				之	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人
本表請務必填寫以利即時銷帳		總金額		<b>註1:依「金融監督管理委員會109年8月14日金管保壽字第1090425855號函」規定，持卡人若「非」要/被保險人/受益人本人，需填寫下方(表二)並檢附持卡人與本人之關係身份證明文件</b>	

信用卡繳納保險費專用表			(個人資料保護法告知義務內容請參考後頁及註2)
持卡人姓名(正楷書寫)	卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB		
	卡號：_____ - _____ - _____ - _____	有效月年：_____月_____年	
持卡人簽名 (簽名須與信用卡簽名樣式相同)		身分證字號：	
聯絡電話：_____			
填寫日期：_____年_____月_____日		銀行授權碼：_____ (本欄由中國信託產物保險填寫)	

※信用卡扣款授權約定條款

立授權書人(信用卡持卡人，以下簡稱本人)同意中國信託產物保險股份有限公司(以下簡稱 貴公司)同意承保後，授權自上列信用卡支付應繳保險費(如採自動續約方式者含續年度保險費)予貴公司，如因授權書內容填寫錯誤或其他原因以致無法代扣保險費時，本授權書效力立即終止，但其情形得以補正者不在此限。若信用卡因故毀損或有效期間屆滿等原因而製作新卡，本授權書對新卡仍具效力，本授權書未記載事項，依相關法令辦理。

註2:產險業履行個人資料保護法告知義務內容已公告於本公司官網(<https://www.ctbcins.com>)，如有任何問題，請洽本公司免費費客服電話 0800-075-777。

要保人 (簽章須與要保書相同)

服務人員：

服務電話：

刷卡授權書 (持卡人非要/被保險人/受益人本人需填寫本授權書，授權人須留存信用卡簽名樣式) (表二)

要保人	身分證字號
被保險人	身分證字號

要保人(簽章須與要保書相同) \_\_\_\_\_ 茲同意授權 \_\_\_\_\_ (持卡人親簽，簽名須與信用卡簽名樣式相同) 刷卡繳納以上所列保單號碼之保費。

註3:「依金融監督管理委員會109年8月14日金管保壽字第1090425855號函」規定，保險業透過信用卡收取保險費，將由收單機構或透過財團法人聯合信用卡處理中心協助進行持卡人身分驗證。

受理(服務)人員簽名	覆核主管簽名
本人已核對並確認持卡人與要/被保險人身份文件相符	

..... 身份證明文件、郵局劃撥及匯款明細收據請隨文件附上 .....