

「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專線(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

要保書備查文號：98.04.10 泰安(98)精企字第 224 號函備查 98.04.20 泰安(98)精企字第 232 號函檢送保險商品資料庫  
100.07.01 依行政院金融監督管理委員會 100.06.09 金管保品字第 10002524863 號令修正

單位：NT\$

承保內容		投保方案		A 方案	B 方案	C 方案	D 方案
				保險金額	保險金額	保險金額	保險金額
意外身故及殘廢保障	一般意外身故殘廢保險金			5 萬~100 萬	10 萬~200 萬	15 萬~300 萬	25 萬~500 萬
	搭乘大眾運輸工具意外身故加倍給付附加條款			25 萬~500 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)	50 萬~1,000 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)	75 萬~1,500 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)	100 萬~2,000 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)
	天災事故加倍給付附加條款			15 萬~300 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)	25 萬~500 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)	30 萬~600 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)	40 萬~800 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)
	火災加倍給付附加條款			15 萬~300 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)	25 萬~500 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)	30 萬~600 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)	40 萬~800 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)
	海外意外身故加倍給付附加條款			15 萬~300 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)	25 萬~500 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)	40 萬~800 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)	50 萬~1,000 萬 (含一般意外身故殘廢保險金)
意外醫療保障	傷害醫療保險給付附加條款 (實支實付與住院慰問金型)	實支實付	可同時申請給付	3 萬	5 萬	5 萬	5 萬
		住院日額 (最高 90 天)		1 仟/日	2 仟/日	2 仟/日	2 仟/日
	骨折未住院		最高 3 萬	最高 6 萬	最高 6 萬	最高 6 萬	
	加護病房及燒燙傷病房附加條款	加護病房 (最高 14 天)	2 仟/日 (含意外醫療住院日額)	3 仟/日 (含意外醫療住院日額)	3 仟/日 (含意外醫療住院日額)	3 仟/日 (含意外醫療住院日額)	
	燒燙傷病房 (最高 14 天)	2 仟/日 (含意外醫療住院日額)	3 仟/日 (含意外醫療住院日額)	3 仟/日 (含意外醫療住院日額)	3 仟/日 (含意外醫療住院日額)		
生活保障	顏面傷殘附加條款			30 萬	30 萬	30 萬	30 萬
	食物中毒慰問保險金附加條款			-	-	-	-
	泰安產物個人責任險			30 萬	30 萬	30 萬	30 萬
一年期總保險費 NTS 自動續約附加條款(限要/被保險人同一人) <input type="checkbox"/> 自動續保 <input type="checkbox"/> 不自動續保				□1,450 元	□2,450 元	□3,300 元	□4,900 元

「如需參考其他相關商品資訊，可查閱本公司網站或洽服務人員辦理」

被保險人姓名		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	□□□									
聯絡電話	公司：	分機		宅：		手機：				
任職機構		保險期間	自民國	年	月	日	翌日零時起一年整			
職稱		受益人	1.殘廢及意外醫療保險金受益人為被保險人本人。 2.身故保險金受益人為： <input type="checkbox"/> 法定繼承人（其順位及應得保險金比例適用民法繼承篇相關規定）或 <input type="checkbox"/> 指定受益人，姓名：_____							
工作內容			關係： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其它 分配方式： <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位(請註明順序)							
兼職										
要保人資料	<input type="checkbox"/> 同被保險人(同上述之基本資料，以下可免填) <input type="checkbox"/> 其他：關係：_____ 姓名 _____ 身分證字號 _____ <input type="checkbox"/> 其它，與被保險人之關係： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹									
出生日期	民國	年	月	日	住所	□□□				
聯絡電話	公司：	住宅：		手機：						

<b>【被保險人告知事項】：</b> 1. 過去三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(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、癲癇症、智能障礙(外表無去明顯判斷者)、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 <input type="checkbox"/> 否 <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"/> 請詳述病因與就醫狀況： <b>【聲明事項】：</b> 1.本人(被保險人)同意 貴公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。 2.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。 3.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。 4.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 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 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。 <b>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</b> (一)實支實付型傷害醫療保險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (二)實支實付型醫療保險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <b>要保人簽章：</b> _____ (請親自簽名) <b>被保險人簽章：</b> _____ (請親自簽名) <b>法定代理人簽章：</b> _____ (被保險人未滿 20 足歲者，請法定代理人簽名)
---	--

保險業務員			保險代理人/經紀人簽署		以下由泰安產物保險公司填寫		
姓名	編號/ID	單位	人章		經手人	業務來源	統計代號
		心向-中壢					
聯絡電話	收件日期	備註			保經代代號	核保人員	輸入人員
Tel:03-4268015 Fax:03-4268017		<input type="checkbox"/> 一般件 <input type="checkbox"/> 員工作件					

# 泰安產物保險公司保險費簽帳單

請回傳：心向保經

TEL:(03)426-8015 FAX:(03)426-8017

信用卡種類： 聯合信用卡  VISA CARD  MASTER CARD  JCB CARD

信用卡卡號：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

持卡人身分證號碼：\_\_\_\_\_

信用卡有效日期：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月止

保險費金額：\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_元整

持卡人(要保人)親自簽名：\_\_\_\_\_ (請核對簽名是否與信用卡簽名相符) .

持卡人與被保險人關係：本人 配偶 直系親屬 其他\_\_\_\_\_

註：

1. 持卡人同意由信用卡帳戶扣繳應支付泰安產物保險公司之上述保險費，並依照信用卡使用約定付款予發卡銀行。
2. 本項交易經聯合信用卡處理中心核准後，當即寄發保險費收據予被保險人。
3. 本項交易若未獲聯合信用卡處理中心核准，則本保險費簽帳自動失效，泰安產物保險公司得重行收費。
4. 保險費貳萬元以上，請填寫授權碼。

被保險人	險別		保單號碼	保險費					
				拾	萬	仟	百	拾	元
	任意車險	MC							
		MV							
	強制車險	MU							
	強制車險	MU							
經手人代號	水險	MW							
	新種險	MM							
	共計件			總金額 NT\$					