

蘇黎世產物保險股份有限公司

全新個人傷害保險要保書



總公司：台北市松江路126號13樓 電話：(02)21815000 免費申訴電話：0800-501888 資訊公開查詢：<http://www.zurich.com.tw> 消費者可至本公司總、分支機構、網址查詢或索取書面資訊公開說明文件。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。

103.7.10(103)台蘇保產字第125826-A號函送保險商品資料庫

單位：新台幣元

要保人	要保人姓名： <input type="text"/>		身分證字號： <input type="text"/>		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期：民國____年____月____日		年齡： <input type="text"/>		
	聯絡電話：(公) <input type="text"/>		(宅) <input type="text"/>		行動電話： <input type="text"/>		E-Mail： <input type="text"/>				
	聯絡地址： <input type="text"/>		市 <input type="text"/> 市區 <input type="text"/>		路 <input type="text"/>		與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女		<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="text"/>		
被保險人	被保險人姓名： <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 同要保人 身分證字號： <input type="text"/>		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期：民國____年____月____日		年齡： <input type="text"/>		
	聯絡電話：(公) <input type="text"/>		(宅) <input type="text"/>		行動電話： <input type="text"/>		E-Mail： <input type="text"/>				
	聯絡地址： <input type="text"/>		市 <input type="text"/> 市區 <input type="text"/>		路 <input type="text"/>		街 <input type="text"/>		巷 <input type="text"/>		弄 <input type="text"/>
	任職機構： <input type="text"/>		職稱： <input type="text"/>		工作內容： <input type="text"/>		職業類別： <input type="text"/>				
	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(請勾選)?		被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(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		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 如勾選「是」者, 請提供。							
身故保險金受益人： <input type="text"/>		與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="text"/>		順位或比例： <input type="text"/>							
☆受益人如有一人以上時, 除特別指定比例或順位外, 由該項保險金之所有受益人平均分配; 如未指定身故受益人, 則約定為法定繼承人且依民法繼承編相關規定。											
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			
保險費繳納方式		<input checked="" type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳		付款方式		<input type="checkbox"/> 信用卡(請填寫信用卡繳付保險費授權書)		<input type="checkbox"/> 現金		投保方案： <input type="text"/>	
保險種類與計畫別			<input type="checkbox"/> (方案一 IP192) 四類			<input type="checkbox"/> (方案二 IP193) 四類			<input type="checkbox"/> (方案三 IP194) 四類		
給付項目			保險金額			保險金額			保險金額		
一般意外身故或殘廢保險金			100萬			200萬			300萬		
特別看護費用保險金			50萬			100萬			100萬		
輔助器具費用保險金			5萬			5萬			5萬		
重大燒燙傷保險金			100萬			200萬			300萬		
特定搭乘水上、陸地或空中大眾運輸工具身故或殘廢			500萬			600萬			800萬		
遭遇火災事故身故或殘廢			100萬			200萬			300萬		
遭遇地震事故身故或殘廢			100萬			200萬			300萬		
出入或乘坐電梯身故或殘廢			100萬			200萬			300萬		
傷害醫療保險金(實支實付型)			3萬			3萬			3萬		
傷害醫療保險金(日額型)			1,000/日			1,000/日			2,000/日		
出院慰問金			—			2,000/次			2,000/次		
出院療養保險金			—			500/日			1,000/日		
加護病房日額保險金			—			2,000/日			4,000/日		
意外門診手術保險金			—			500/次			1,000/次		
總保險費			3,578元			5,750元			8,446元		

告知事項
要保人及被保險人對於要保書內容所載「告知事項」, 書面答詢均據實回答。如有隱匿、過失遺漏, 或為不實之說明, 足以變更或減少貴公司對於危險之估計者, 貴公司得依保險法第六十四條規定解除本契約。

- 一、被保險人之職業： 兼業：
- 二、被保險人過去兩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(指收縮壓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(恶性肿瘤)、肝硬化、尿毒症、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
否, 是
- 三、目前身體機能是否有下列障害:
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. 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
否, 是

自動續約(甲型)附加條款同意事項
要保人茲約定蘇黎世產物自動續約(甲型)附加條款, 由蘇黎世產物依本附加條款之約定, 對上列投保項目逐年辦理自動續約。 同意 不同意

要保人簽名： 法定代理人簽名：

被保險人簽名： (要/被保險人未滿二十歲者, 請法定代理人簽名)

要保日期：民國____年____月____日

通路資料專區

- 聲明事項**
- 本人(被保險人)同意蘇黎世產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
 - 本人(被保險人、要保人)同意蘇黎世產物保險公司將本要保書上所有本人資料轉送產、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。
 - 本人(被保險人、要保人)同意蘇黎世產物保險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(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蘇黎世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蘇黎世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, 而蘇黎世產物保險公司仍承保者, 蘇黎世產物保險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蘇黎世產物保險公司者, 同意蘇黎世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。

注意事項

- 對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動所致被保險人死亡或殘廢, 蘇黎世產物對附加有「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之傷害保險, 其給付金額最高以新台幣二百萬元為限。(99.2.10(99)產健字第018號函備查(公會版))
- 本人已審閱並知悉 貴公司所提供與說明有關本保險商品之重要內容與風險之投保須知。

以下由保險公司填寫：
進件序號：

出單單位： 活動代號： 專案代號：

業務來源： 目標市場： 業務性質：

經紀人/代理人	核保人	承辦人	經手人	業務員姓名/登錄證號碼

蘇黎世產物保險股份有限公司

保險需求及適合度評估暨招攬人員報告書(人身保險)

要保人姓名/要保單位		要保單位統一編號	
被保險人姓名(團體件免填)		身分證號碼	

1.要保人與被保險人投保目的及保險需求:(可複選)

保障 子女教育經費 退休規劃 房屋貸款 員工福利 其他 _____

2.招攬經過:招攬投保 職域開拓 親友介紹 陌生拜訪 主動投保 其他 _____

3.要保人與被保險人財務狀況(新臺幣萬元為單位,以阿拉伯數字填寫)

	被保險人	要保人 (與被保險人同一人時,本欄無須填寫) (要保人為法人時,填寫公司資產)
個人年收入	新台幣 _____ 萬元	新台幣 _____ 萬元
家庭年收入	新台幣 _____ 萬元	新台幣 _____ 萬元
個人資產/公司資產 (含動產與不動產)	新台幣 _____ 萬元	新台幣 _____ 萬元

* 若被保險人為已婚者,請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和。

* 若被保險人為未成年人/學生時,請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。

* 若累計同業保費支出超過要保人及被保險人年收入 30%,或累計同業投保金額超過被保險人家庭年收入 20 倍或保費負擔、保障需求有顯不相當之情形,請說明原因及保費來源。

4.家中主要經濟來源者為被保險人之:本人 配偶 父母 子女 其他 _____

5.要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險:否 是,公司名稱: _____

6.身故受益人非指定為配偶、直系親屬或法定繼承人時,請說明原因。 _____

7.招攬時,確認要保人與被保險人之關係,以及被保險人與受益人之關係?..... 已確認

8.招攬時,確認要保人、被保險人與受益人身分及資料填寫正確?確認有關要保人與被保險人所提供之身分證明文件(身分證、護照、駕照,或其他足資證明其身分之文件等)與要保書填載之內容相符?..... 已確認

9.招攬時,確認向要保人與被保險人說明本次購買保險商品內容、所交保費係用以購買保險商品、繳納保費方式?..... 已確認

10.確認要保人與被保險人確實瞭解投保目的、保險需求,確實綜合考量財務狀況以及付費能力,與確實評估保險費、保額、險種及保障需求間之適當性?(適合度)..... 已確認

11.招攬人員已將蒐集、處理及利用客戶個人資料告知事項提供予要保人?..... 已確認

招攬單位: _____	招攬人員簽章: _____ 民國: _____ 年 _____ 月 _____ 日	保經代簽署人簽章: _____ 民國: _____ 年 _____ 月 _____ 日
-------------	--	--