

保經代通路專用

國泰產物好安心個人傷害保險

# 金讚-兒童型



專為未滿15足歲設計

## 專案內容

| 條款名稱/文號   | 主要給付項目                   |
|---|--------------------------|
| 國泰產物好安心個人傷害保險<br>備查文號：103.07.15(103)企字第200-388號<br>104.08.04依金融監督管理委員會104.05.19金管保壽字第10402543750號函及104.06.24金管保壽字第10402049830號函修正 | 身故保險金或喪葬費用保險金、殘廢保險金。     |
| 國泰產物好安心個人傷害保險傷害醫療保險給付附加條款<br>備查文號：103.07.15(103)企字第200-402號<br>備查文號：104.08.04(104)企字第200-252號                                     | 實支實付型傷害醫療保險金、日額型傷害醫療保險金。 |
| 國泰產物好安心個人傷害保險加護病房或燒燙傷病房保險金附加條款<br>備查文號：103.07.15(103)企字第200-392號  | 加護病房或燒燙傷病房保險金。           |
| 國泰產物好安心個人傷害保險住院慰問保險金附加條款<br>備查文號：103.07.15(103)企字第200-395號  | 住院慰問保險金。                 |
| 國泰產物好安心個人傷害保險意外門診手術醫療慰問保險金附加條款<br>備查文號：103.07.15(103)企字第200-404號  | 意外門診手術醫療慰問保險金。           |
| 國泰產物個人續保附加條款<br>備查文號：99.04.30(99)企字第200-159號<br>備查文號：103.05.01(103)企字第200-296號  | 同主保險契約。                  |

| 保障項目/計畫型別                     | C09    | C10    |
|-------------------------------|--------|--------|
| 好安心傷害保險<br>一般意外身故殘廢保險金(僅殘廢給付) | 100萬元  | 200萬元  |
| 實支實付型傷害醫療保險金                  | 最高2萬元  | 最高2萬元  |
| 日額型傷害醫療保險金(每事故最高90日)(含骨折未住院)  | 1,000元 | 1,500元 |
| 加護病房或燒燙傷病房保險金(日額)(每事故最高45日)   | 2,000元 | 2,500元 |
| 住院慰問保險金(定額)(住院5日以上)           | 3,000元 | 3,000元 |
| 意外門診手術醫療慰問保險金                 | 1,000元 | 1,000元 |
| 參考保費                          | 600元   | 800元   |

## 投保注意事項

- ◎本專案專為1足歲至未滿15足歲者而設計，滿15足歲時請改保基本型或加值型。每一被保險人之最高投保額度不得超過於國泰產險之承保限制。
- ◎本專案每一被保險人僅得投保一次，且保險期間內不受理計畫別轉換。
- ◎如要保書告知事項有勾填"是"者，由核保依個案狀況審核。如有慢性疾病，包括但不限於高血壓、糖尿病、癌症、精神疾病、免疫系統疾病、脊椎疾病等，請檢附疾病問卷。
- ◎為保障被保險人權益，如日後職業變更者，請務必通知國泰產險辦理變更事宜。如所變更的職業或職務非本公司承保範圍，於保險事故發生時國泰產險將不予理賠並終止該保險契約，另自事故發生日計算退還未滿期保險費。
- ◎國泰產險保留承保與否及調整續年度保費之權利。其他未盡事宜，悉依國泰產險保單條款規定辦理。
- ◎本商品為保險商品，依保險法及其他相關規定，受「財團法人保險安定基金」之保障，但不受存款保險之保障。
- ◎消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率(預定附加費用率)最高37.6%，最低37.0%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話：0800-036-599按2)或網站(網址：[www.cathayholdings.com/insurance/](http://www.cathayholdings.com/insurance/))，以保障您的權益。
- ◎本簡介僅供參考，詳細內容請以保單條款為準。
- ◎查詢本公司資訊公開說明文件網址：[www.cathayholdings.com/insurance/](http://www.cathayholdings.com/insurance/)；  
免費申訴電話：0800-036-599按2。

詳情請洽服務人員：



# 國泰產險

台北市仁愛路四段296號  
TEL: (02) 2755-1299

認證編號：144104034 104.08



A11510401

查閱本公司資訊公開說明文件網址：www.cathayholdings.com/insurance 免費服務電話：0800-036-599按2

國泰產物好安心個人傷害保險要保書

103年9月1日企字第200-505號函送保險商品資料庫  
104.08.04依金融監督管理委員會104.05.15金管保壽字第10402041970號函修正

※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。

受理編號：02104230

|  |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
|--|---|---|------------------------------|------------------------------|--|----------|-------|----------|------|----|
| 保險單號碼  |   | 字第  | 號(本公司填)                      | <input type="checkbox"/> 新保  | <input type="checkbox"/> 續保，原保單號碼：   |          |       |          |      |    |
| 要保人  | 姓名或名稱   |   |                              | 關係                           | 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 |          |       |          |      |    |
|  | 身分證字號或統一編號  | 要保單位負責(代表)人   |                              | 聯絡電話                         | 電話： 手機：  |          |       |          |      |    |
|  | 出生日期  | 民國 年 月 日 (年齡： )   |                              | 電子信箱                         |  |          |       |          |      |    |
| 被保險人   | 住所(通訊處)   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
|  | 姓名  | <input type="checkbox"/> 同要保人   |                              | 工作內容                         |  |          |       |          |      |    |
|  | 身分證字號   | 1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女   |                              | 服務單位                         | 名稱 職業代碼  |          |       |          |      |    |
|  | 出生日期  | 民國 年 月 日 (年齡： )   |                              | 營業內容                         | 危險分類 (本公司用)  |          |       |          |      |    |
|  | 聯絡電話  | 電話： 手機：   |                              | 兼職                           | <input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 有，內容：   |          |       |          |      |    |
| 身故受益人  | 住所(通訊處)   | <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 另址： <input type="checkbox"/>   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
|  | 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，如勾選是者，請提供。(若未填寫者，視為無身心障礙)   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
|  | <input type="checkbox"/> 法定繼承人  | 受益人姓名   | 與被保險人關係                      |                              | 順位 比例(%)   |          |       |          |      |    |
|  | 指定(請填右欄)  | <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 其他 |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 均分  | 電話： 地址： <input type="checkbox"/>  |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例  | 電話： 地址： <input type="checkbox"/>  |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 保險期間   |   | 1 2 個月，自民國 年 月 日  | 午夜 1 2 時起至民國 年 月 日           | 午夜 1 2 時止                    |  |          |       |          |      |    |
| 好安心傷害險   | 保障項目 / 計畫型別選擇(請勾選)  |   | <input type="checkbox"/> C09 | <input type="checkbox"/> C10 |  |          |       |          |      |    |
|  | 一般意外身故殘廢保險金(僅殘廢給付)  | 100萬元   | 200萬元                        |                              |  |          |       |          |      |    |
|  | 實支實付型傷害醫療保險金  | 最高2萬元   | 最高2萬元                        |                              |  |          |       |          |      |    |
|  | 日額型傷害醫療保險金(每事故最高90日)(含骨折未住院)  | 1,000元  | 1,500元                       |                              |  |          |       |          |      |    |
|  | 加護病房或燒燙傷病房保險金(日額)(每事故最高45日)   | 2,000元  | 2,500元                       |                              |  |          |       |          |      |    |
|  | 住院慰問保險金(定額)(住院5日以上)   | 3,000元  | 3,000元                       |                              |  |          |       |          |      |    |
| 意外門診手術醫療慰問保險金  |   | 1,000元  | 1,000元                       |                              |  |          |       |          |      |    |
| 參考保費   |   | 600元  | 800元                         |                              |  |          |       |          |      |    |
| 核定保費(新台幣)  | 本保險適用「國泰產物個人續保附加條款」，到期前依本公司出具之同意續保通知書繳交保費後，本公司應繼續承保並製發保單暨收據。  |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 繳費方式(必填)   | 1.信用卡授權扣款 <input type="checkbox"/> a 含本次及未來續保 <input type="checkbox"/> b 僅限本次(須每年填寫)；請另填授權書。<br>2.銀行帳戶自動轉帳 <input type="checkbox"/> 含本次及未來續保；請另填轉帳同意書。<br>3.現金、支票或匯款 <input type="checkbox"/> |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 要(被)保人告知事項   |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 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？  |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 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。<br>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。<br>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。 |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 二、目前身體機能是否有下列障害？   |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 1.失明或曾因眼疾或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表○·三以下。<br>2.聾或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。<br>3.咀嚼、吞嚥或言語機能障害。4.四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。                 |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| ※被保險人現在及過去之健康情形若有上列一~二項所述的情況，請詳填：  |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| ●病名(外傷者，含受傷部位) ●就診醫院 ●就診大約期間 ●診療過程(門診或住院) ●有無手術 ●有無後遺症   |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 要(被)保人聲明事項   |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 一、本人(被保險人)同意國泰產險得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。  |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 二、本人(被保險人、要保人)同意國泰產險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。                                 |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 三、本人(被保險人、要保人)同意國泰產險就本人之個人資料，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。  |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| ※本要保書面詢問之告知事項係本人(被保險人、要保人)親自填寫，均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事；如有隱匿或不實之說明，國泰產險得依保險法第六十四條解除本契約，保險事故發生後亦同。  |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| ※本人於填寫要保書時，已審閱國泰產險所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「投保須知」及「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。   |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| ※「國泰產物傷害保險恐怖主義行為保險額給付附加條款」(92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)、99.03.31(99)企字第200-129號函備查)內容約定最高給付金額為新台幣200萬。   |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| ※被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依各該契約條款之約定退還未到期保險費予要保人。  |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| ※身故保險金受益人如係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。  |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 要保人簽名：   |   | 被保險人親自簽名：   |                              | 法定代理人簽名：                     |  |          |       |          |      |    |
|  |   | (未滿七歲者由法定代理人代簽)   |                              | (被保險人未成年者)                   |  |          |       |          |      |    |
| 中華民國 年 月 日   |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |
| 國泰產險內部專用   | 核保  | 經辦  | 保經代通路專用                      | 保經代簽署章                       | 保經代業務員(親簽)   | 保經代業務員證號 | 保經代代號 | 產險服務人員證號 | 業務來源 | 轄區 |
|  |   |   |                              |                              |  |          |       |          |      |    |



國泰產險 個人健康、傷害險 業務員報告書暨保單適合度分析表



U00110401

|  |        |  |   |  |
|--|--------|--|---|--|
| 轄區   | 被保險人姓名 | 身分證字號  |   |  |
| ※投保健康、傷害險者填答下列1~9題   |        |  |   |  |
| <p>1.要保人與被保險人關係(要保人為被保險人之):</p> <input type="checkbox"/> ①本人 <input type="checkbox"/> ②配偶 <input type="checkbox"/> ③子女 <input type="checkbox"/> ④父母 <input type="checkbox"/> ⑤僱傭<br><input type="checkbox"/> ⑥其他 _____ <p>2.受益人與被保險人關係:</p> <input type="checkbox"/> ①法定繼承人(其順位及應得比例適用民法繼承編規定)<br><input type="checkbox"/> ②配偶 <input type="checkbox"/> ③直系親屬 <input type="checkbox"/> ④兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> ⑤其他 _____ <p>3.要/被保險人或家中主要經濟者之財務狀況:</p> <p>(1)年收入與其他收入:</p> <input type="checkbox"/> ①25萬以下 <input type="checkbox"/> ②26~50萬 <input type="checkbox"/> ③51~75萬<br><input type="checkbox"/> ④76~100萬 <input type="checkbox"/> ⑤101~125萬 <input type="checkbox"/> ⑥126萬以上 <p>(2)財務與資產狀況:</p> <input type="checkbox"/> ①25萬以下 <input type="checkbox"/> ②26~50萬 <input type="checkbox"/> ③51~75萬<br><input type="checkbox"/> ④76~100萬 <input type="checkbox"/> ⑤101~125萬 <input type="checkbox"/> ⑥126萬以上 <p>(3)家中主要經濟者姓名: _____, 為被保險人之: _____</p> <input type="checkbox"/> ①本人 <input type="checkbox"/> ②配偶 <input type="checkbox"/> ③父母 <input type="checkbox"/> ④子女<br><input type="checkbox"/> ⑤其他 _____ |        | <p>4.投保目的與需求:</p> <input type="checkbox"/> ①增加保障 <input type="checkbox"/> ②風險移轉 <input type="checkbox"/> ③子女教育經費<br><input type="checkbox"/> ④房屋貸款 <input type="checkbox"/> ⑤其他 _____ <p>5.招攬經過:</p> <input type="checkbox"/> ①招攬投保 <input type="checkbox"/> ②職域開拓 <input type="checkbox"/> ③親友介紹<br><input type="checkbox"/> ④陌生拜訪 <input type="checkbox"/> ⑤主動投保 <input type="checkbox"/> ⑥其他 _____ <p>6.要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險:</p> <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是。公司名稱: _____ <p>7.被保險人婚姻狀況:</p> <input type="checkbox"/> ①未婚 <input type="checkbox"/> ②已婚 <input type="checkbox"/> ③分居 <input type="checkbox"/> ④離婚 <input type="checkbox"/> ⑤同居<br><input type="checkbox"/> ⑥獨居 <p>8.您認識被保險人多久?</p> <input type="checkbox"/> ①2個月內 <input type="checkbox"/> ②6個月內 <input type="checkbox"/> ③6個月~1年<br><input type="checkbox"/> ④1~2年 <input type="checkbox"/> ⑤2年以上 <p>9.是否親見要/被保險人皆親自簽名?</p> <input type="checkbox"/> ①是 <input type="checkbox"/> ②否, 原因: _____ |   |  |
| ※投保健康險者須加填答10.~13.題  |        |  |   |  |
| <p>10.生活習慣:</p> <p>(1)飲酒: <input type="checkbox"/>①否 <input type="checkbox"/>②是(酒名: _____; 每次約 _____ 瓶)</p> <p>(2)吸煙: <input type="checkbox"/>①否 <input type="checkbox"/>②是(每日約 _____ 包)</p> <p>(3)嚼檳榔: <input type="checkbox"/>①否 <input type="checkbox"/>②是(每日約 _____ 顆)</p> <p>11.身體健康狀況:</p> <input type="checkbox"/> ①正常/普通 <input type="checkbox"/> ②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、智障、盲、肢體殘缺/畸形) <p>說明: _____</p>   |        | <p>12.家族病史:</p> <p>被保險人 <input type="checkbox"/>①父母 <input type="checkbox"/>②子女 <input type="checkbox"/>③兄弟姊妹是否於50歲前罹患下列疾病? <input type="checkbox"/>①否 <input type="checkbox"/>②是</p> <p>(<input type="checkbox"/>①糖尿病 <input type="checkbox"/>②腦中風 <input type="checkbox"/>③肝癌 <input type="checkbox"/>④高血壓<br/> <input type="checkbox"/>⑤大腸癌 <input type="checkbox"/>⑥乳癌)</p> <p>目前狀況: _____</p> <p>13.現症及既往症: <input type="checkbox"/>①無 <input type="checkbox"/>②有</p> <p>詳細狀況: _____</p>  |   |  |
| ※業務員聲明事項   |        |  |   |  |
| <p>※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。</p> <p>※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、被保險人後作成本業務員報告書暨保單適合度分析表, 如有不實致國泰產險受損害時, 願負賠償責任, 特此聲明。</p> <p style="text-align:center;">中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>   |        |  |   |  |
| <p>產險業務員親簽: _____</p> <p>業務員證號: _____</p> <p>手機號碼: _____</p> <p>備註: _____</p>  |        | 保經代通路專用  | <p>保經代簽署章: _____</p> <p>保經代業務員親簽: _____</p> <p>保經代業務員證號: _____</p> <p>手機號碼: _____</p> |  |
| <p><b>信用卡授權書</b></p> <p>立授權書人(即持卡人, 以下簡稱授權人)茲授權信用卡發卡機構及國泰世紀產物保險股份有限公司(以下簡稱國泰產險)得依國泰產險所提供 貴保戶之要保資料及指定之繳費方式, 自授權人信用卡帳戶內進行扣款, 以交付該保險契約之保險費:</p> <p>信用卡種類: <input type="checkbox"/>聯合信用卡 <input type="checkbox"/>VISA <input type="checkbox"/>MASTER <input type="checkbox"/>JCB 卡號: _____</p> <p>發卡銀行: _____ 銀行 有效期限: 至 _____ 月 20 _____ 年</p> <p>持卡人白天連絡電話: _____ 簽帳金額: _____</p> <p>持卡人身分證字號: _____ 持卡人簽名: _____ (須與信用卡上簽名一致)</p> <p>註: 1.個人傷害險及健康險持卡人須為要保人、被保人, 或保險契約之利害關係人。<br/>                 2.持卡人同意以信用卡支付上開保險費金額予國泰世紀產物保險股份有限公司並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。<br/>                 3.本項交易若未獲發卡銀行核准, 則本信用卡簽帳單自動失效, 本公司得向要保人重行收費。<br/>                 4.本公司僅接受各發卡機構發行之聯合信用卡、VISA、MASTER及JCB信用卡。(無法接受美國運通卡、花旗大來卡及中華郵政發行之信用卡)</p>  |        |  |   |  |
| 被保險人姓名:  |        |  |   |  |