



國泰世紀產物保險股份有限公司 總公司：台北市仁愛路四段296號 電話：02-27551299

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



A10210402

國泰產物個人健康(傷害)保險要保書 104.09.01(104)企字第 200-319號函備查
104.11.05(104)企字第 200-361號函送保險商品資料庫

※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：02104042]

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				
	住所(通訊處)	□□□								
被保險人	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 (本公司填)				
	聯絡電話	電話:	手機:		兼職 <input type="checkbox"/> 無; <input type="checkbox"/> 有, 內容:					
	住所(通訊處)	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 另址: □□□								
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)										
身故受益人	<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"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例	<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								
保險期間		12個月, 自民國 年 月 日午夜 12 時起至民國 年 月 日午夜 12 時止								
保障項目/計畫型別選擇 (請勾選)										
		<input type="checkbox"/> I60		<input type="checkbox"/> I61		<input type="checkbox"/> I62				
癌症住院醫療保險金(日額)(同一次住院最高365日)		1,000元		1,500元		2,000元				
初次罹患癌症保險金(原位癌給付保額之10%)		20萬元		20萬元		20萬元				
初次罹患癌症標靶治療保險金		50萬元		75萬元		100萬元				
癌症身故保險金		30萬元		40萬元		50萬元				
真安心傷害險	一般意外身故殘廢保險金		100萬元		150萬元		200萬元			
	實支實付型傷害醫療保險金		3萬元		3萬元		3萬元			
	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		1,000元		1,000元			
首年度參考保費	年齡(保險年齡)/性別		男性		女性		男性		女性	
	年齡: 15足歲-19歲		2,086元		2,089元		2,804元		2,809元	
	年齡: 20-24歲		2,118元		2,158元		2,844元		2,897元	
	年齡: 25-29歲		2,187元		2,287元		2,927元		3,062元	
	年齡: 30-34歲		2,381元		2,665元		3,167元		3,528元	
	年齡: 35-39歲		2,663元		3,075元		3,520元		4,058元	
	年齡: 40-44歲		3,355元		3,789元		4,348元		4,959元	
	年齡: 45-49歲		4,047元		4,471元		5,241元		5,888元	
	年齡: 50-54歲		5,447元		5,026元		6,949元		6,576元	
	年齡: 55-59歲		8,247元		7,525元		10,845元		9,985元	
	年齡: 15足歲-19歲		2,117元		2,124元		2,843元		2,853元	
	年齡: 20-24歲		2,160元		2,212元		2,896元		2,967元	
	年齡: 25-29歲		2,251元		2,387元		3,007元		3,188元	
	年齡: 30-34歲		2,508元		2,889元		3,326元		3,808元	
年齡: 35-39歲		2,883元		3,429元		3,794元		4,508元		
年齡: 40-44歲		3,801元		4,377元		4,893元		5,703元		
年齡: 45-49歲		4,723元		5,283元		6,081元		6,938元		
年齡: 50-54歲		6,577元		6,020元		8,344元		7,851元		
年齡: 55-59歲		9,558元		8,701元		12,633元		11,494元		
年齡: 60-64歲		12,452元		9,701元		16,041元		12,736元		
年齡: 65-69歲		16,685元		13,857元		22,025元		18,174元		
年齡: 70歲		19,897元		15,842元		26,049元		20,402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單據。								
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。 2. 現金、支票或匯款 <input type="checkbox"/>								

<<請翻背面繼續填寫>>

第 1 頁 / 共 2 頁

<<為癌把關>>



A10310402

〈接續正面〉

要(被)保人告知事項

*依保險法第一百二十七條:「保險契約訂立時,被保險人已在疾病或妊娠情況中者,保險人對是項疾病或分娩,不負給付保險金額之責任」。

被保險人: 身高 <input type="text"/> 公分, 體重 <input type="text"/> 公斤	是 否
1. 最近二個月是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療?(亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 過去一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)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症 (2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎 (3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸 (4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞 (5)痛風、高血脂症 (6)青光眼、白內障	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 過去五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、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤 (2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病 (3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核 (4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT40IU/L以上) (5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞 (6)視網膜出血或剝離、視神經病變 (7)癌症(惡性腫瘤) (8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症 (9)糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺機能亢進或低下 (10)紅斑性狼瘡、膠原症 (11)愛滋病或愛滋病毒帶原	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 女性被保險人回答:	
(1)過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(2)是否已確知懷孕?如是,已經幾週?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

※被保險人現在及過去之健康情形若有上列1-7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载本人資料轉送產、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。
- ※健康保險契約「疾病等待期間」之相關約定,請參閱各該健康保險契約條款。
- ※本保險商品為非保證續保之健康保險。
- ※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)、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。

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	產險業務員: _____ (親簽)	保經代通路專用	保經代簽署章: _____
			產險業務員證號: _____		保經代業務員: _____ (親簽)
			轄區代號: _____ 換 P、C: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		保經代業務員證號: _____
			業務來源代號: _____		保經代代號: _____ 分支名稱及代碼: _____
			通路別: _____		產險服務人員證號: _____
			備註: _____		業務來源: _____ 轄區: _____



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): <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 <input type="checkbox"/> ⑥其他 _____</p> <p>2. 受益人與被保險人關係: <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) <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> <p>3. 要/被保險人或家中主要經濟者之財務狀況: (1) 年收入與其他收入: <input type="checkbox"/> ①25 萬以下 <input type="checkbox"/> ②26~50 萬 <input type="checkbox"/> ③51~75 萬 <input type="checkbox"/> ④76~100 萬 <input type="checkbox"/> ⑤101~125 萬 <input type="checkbox"/> ⑥126 萬以上 (2) 財務與資產狀況: <input type="checkbox"/> ①25 萬以下 <input type="checkbox"/> ②26~50 萬 <input type="checkbox"/> ③51~75 萬 <input type="checkbox"/> ④76~100 萬 <input type="checkbox"/> ⑤101~125 萬 <input type="checkbox"/> ⑥126 萬以上 (3) 家中主要經濟者姓名: _____, 為被保險人之: <input type="checkbox"/> ①本人 <input type="checkbox"/> ②配偶 <input type="checkbox"/> ③父母 <input type="checkbox"/> ④子女 <input type="checkbox"/> ⑤其他 _____</p>	<p>4. 投保目的與需求: <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 <input type="checkbox"/> ④房屋貸款 <input type="checkbox"/> ⑤其他 _____</p> <p>5. 招攬經過: <input type="checkbox"/> ①招攬投保 <input type="checkbox"/> ②職域開拓 <input type="checkbox"/> ③親友介紹 <input type="checkbox"/> ④陌生拜訪 <input type="checkbox"/> ⑤主動投保 <input type="checkbox"/> ⑥其他 _____</p> <p>6. 要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是。公司名稱: _____</p> <p>7. 被保險人婚姻狀況: <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 <input type="checkbox"/> ⑥獨居</p> <p>8. 您認識被保險人多久? <input type="checkbox"/> ①2 個月內 <input type="checkbox"/> ②6 個月內 <input type="checkbox"/> ③6 個月~1 年 <input type="checkbox"/> ④1~2 年 <input type="checkbox"/> ⑤2 年以上</p> <p>9. 是否親見要/被保險人皆親自簽名? <input type="checkbox"/> ①是 <input type="checkbox"/> ②否, 原因: _____</p>
---	--

※投保健康險者須加填答 10. ~13. 題

<p>10. 生活習慣: (1) 飲酒: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(酒名: _____; 每次約 _____ 瓶) (2) 吸煙: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(每日約 _____ 包) (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: <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) 說明: _____</p>	<p>12. 家族病史: 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 <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 <input type="checkbox"/> ⑤大腸癌 <input type="checkbox"/> ⑥乳癌 目前狀況: _____</p> <p>13. 現症及既往症: <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有 詳細狀況: _____</p>
--	---

※業務員聲明事項

※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。
※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。
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<p>產險業務員親簽: 業務員字號: 手機號碼: 備註:</p>	<p>保經代簽署章: 保經代業務員親簽: 保經代業務員字號: 手機號碼:</p>
---	---

信用卡授權書

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：
信用卡種類：聯合信用卡 VISA MASTER JCB

卡號: _____

發卡銀行: _____ 銀行

有效期間: 至 _____ 月 _____ 20 _____ 年

持卡人白天連絡電話: _____

簽帳金額: _____

持卡人身分證字號: _____

持卡人簽名: _____

(須與信用卡上簽名一致)

- 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。
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。
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。
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。)

被保險人姓名

交易序號(由國泰產險填寫)