



兆豐產物保險股份有限公司

機車保險要保書

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。
本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站 (<http://www.cki.com.tw>) 查閱，或親蒞本公司 (100 台北市武昌街一段五十八號) 及各分支機構洽詢。 **客戶申訴及 24 小時服務專線: 0800-053-588**

被保險人 (車主)		法人代表(負責人)		TEL:	
身分證號碼/統一編號		國籍: <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 外		E-mail:	
被保險人 (通訊處)		出生 年 月 日		性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 婚姻: <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	
要保人		法人代表(負責人)		與被保險人關係	
身分證號碼/統一編號		出生 年 月 日		性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 TEL:	
要保人住所 (通訊處)		同上			
保險期間		自民國 年 月 日 中午 12 時起至民國 年 月 日 中午 12 時止			
原始發照年月		製造年份		車輛廠牌型式	
民國 年 月		西元 年		車輛種類及代號	
				排氣量	
				引擎/車身號碼	
				牌照號碼	
				C. C.	

※機車強制險及附加駕駛人傷害險保費

保 期		<input type="checkbox"/> 一年期				<input type="checkbox"/> 二年期			
車輛種類		小型輕機	輕型機車	重型機車	大型重機	小型輕機	輕型機車	重型機車	大型重機
保險費	<input type="checkbox"/> 強制險								
	<input type="checkbox"/> 駕駛人傷害險								
總保險費									

■此強制險相關欄位，僅為提醒保戶維持強制險之有效性及檢視保障之完整性。強制汽車責任保險訂定仍須依強制汽車責任保險法施行細則第四條辦理。

■本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。

※要保人與被保險人聲明事項:

1. 本要保書所填各項，均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事，足為與兆豐產物保險公司訂立正式保險契約之基礎，要保人並願意接受該保險契約各項條款及約定約束。
2. 本人已審閱並瞭解兆豐產物保險公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解兆豐產物保險公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
3. 本人知悉兆豐產物保險公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。
4. 本人(被保險人)同意兆豐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。(僅傷害險適用)
5. 本人(被保險人、要保人)同意兆豐產物保險公司將本要保書上之本人資料轉送產、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。
6. 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兆豐產物保險公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險；或本人於投保時已通知兆豐產物保險公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險，而兆豐產物保險公司仍承保者，兆豐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兆豐產物保險公司者，同意兆豐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。(僅傷害險適用)

※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。

※業務員是否已告知各類車體損失保險商品之內容差異或提供相關書面資料供參：

是 否：業務員僅推薦下列車體損失保險商品：車體損失保險甲式車體損失保險乙式車體損失保險丙式

※透過保險代理人公司投保時，業務員是否已告知其所代理之所有保險公司名稱：

是 否：業務員僅推薦下列產物保險公司之車體損失保險商品(請填寫業務員所推薦之特定保險公司名稱)：_____產物保險股份有限公司

※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。

業 務 來 源	
營業單位代號	
業務員代碼	
業務員姓名	
聯絡電話	
保險業務員登錄字號	
業務員簽名	

要保人/被保險人簽章：

要保日期：

保單正副本及收據送還：

電 話：

付 款 方 式：現金 通存或劃撥 票據 信用卡 ATM 便利商店

內部專用欄 (保戶免填寫)	核 准 承 保	核 保	經 辦

同仁代號：

強制代號：

任意代號：

保代/保經
簽 署 章：