



106.03.10(106)台壽保產險商品字第0026號函送保險商品資料庫

有關本公司資訊公開說明，歡迎查閱本公司網站(<http://www.tlg-insurance.com>)，或親臨本公司台北市中正區許昌街17號18樓之1或各分支機構洽詢。本公司免費申訴電話:0800-075-777。

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。

| 保單號碼: 第 _____ 號係 第 _____ 號續保  |                               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|---|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|---------------------|--------|---------------------|-----|-----------|--|--|--|--|--|----------|------|------|------|------|---|-------|---|---|---|---|------|----------------------|------------------|------|------|------|--------|---|--------------|------|------|------|------|---|--------------|------|------|------|------|---|----------------|-----|-----|-----|-----|---|------------------|----------------|----|----|----|----|----|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|-------|-------|-------|-------|-----|--|---------|-------|-------|---|---|---|
| 要保單位/代表人/<br>要保人姓名:   | 統一編號/<br>身分證字號:               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 住所: □□□□  | 聯絡電話: _____                   |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 被保險人姓名:<br>□同要保人  | 身分證字號:                        |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 住所: □同要保人住所 □□□□  | 聯絡電話: _____                   |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 服務單位:   | 職稱:                           |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 身故保險金受益人: (受益人超過1人時請詳述保險金分配及順序方式,若無註明則以均分辦理。)   | 是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明? □是(請提供) □否 |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 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。  |                               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 保險期間: 自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日午夜十二時起一年。  | 年繳總保費: _____ 元                |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 承保範圍/保險金額<br>幣別/單位: 新臺幣/元   |                               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>□ 計劃 A</th> <th>□ 計劃 B</th> <th>□ 計劃 C</th> <th>□ 計劃 D</th> <th>□ 計劃 E<br/>限未滿15足歲投保</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">主契約</td> <td>(新)個人傷害保險</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>身故及殘廢保險金</td> <td>100萬</td> <td>200萬</td> <td>300萬</td> <td>500萬</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>殘廢保險金</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>100萬</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">特定意外<br/>傷害事故<br/>附加保險</td> <td>大眾運輸工具意外身故及殘廢保險金</td> <td>200萬</td> <td>400萬</td> <td>600萬</td> <td>1,000萬</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>地震意外身故及殘廢保險金</td> <td>100萬</td> <td>200萬</td> <td>300萬</td> <td>500萬</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>火災意外身故及殘廢保險金</td> <td>100萬</td> <td>200萬</td> <td>300萬</td> <td>500萬</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>特定天災意外身故及殘廢保險金</td> <td>50萬</td> <td>50萬</td> <td>50萬</td> <td>50萬</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td rowspan="7">傷害<br/>醫療<br/>附加保險</td> <td>傷害醫療保險金(實支實付型)</td> <td>2萬</td> <td>2萬</td> <td>3萬</td> <td>3萬</td> <td>2萬</td> </tr> <tr> <td>傷害醫療保險金(日額型)</td> <td>1,000</td> <td>1,000</td> <td>2,000</td> <td>2,000</td> <td>1,000</td> </tr> <tr> <td>加護病房保險金</td> <td>2,000</td> <td>2,000</td> <td>3,000</td> <td>3,000</td> <td>2,000</td> </tr> <tr> <td>燒燙傷病房保險金</td> <td>2,000</td> <td>2,000</td> <td>3,000</td> <td>3,000</td> <td>2,000</td> </tr> <tr> <td>緊急醫療救護費用保險金</td> <td>1,000</td> <td>1,000</td> <td>2,000</td> <td>2,000</td> <td>1,000</td> </tr> <tr> <td>住院慰問保險金</td> <td>1,000</td> <td>1,000</td> <td>2,000</td> <td>2,000</td> <td>1,000</td> </tr> <tr> <td>食物中毒慰問保險金</td> <td>2,000</td> <td>2,000</td> <td>2,000</td> <td>2,000</td> <td>2,000</td> </tr> <tr> <td>年繳保險費</td> <td>職業類別第一、二、三類</td> <td>1,238</td> <td>2,035</td> <td>3,123</td> <td>4,718</td> <td>550</td> </tr> <tr> <td></td> <td>職業類別第四類</td> <td>2,529</td> <td>4,142</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> |                               |        |        | □ 計劃 A | □ 計劃 B | □ 計劃 C              | □ 計劃 D | □ 計劃 E<br>限未滿15足歲投保 | 主契約 | (新)個人傷害保險 |  |  |  |  |  | 身故及殘廢保險金 | 100萬 | 200萬 | 300萬 | 500萬 | - | 殘廢保險金 | - | - | - | - | 100萬 | 特定意外<br>傷害事故<br>附加保險 | 大眾運輸工具意外身故及殘廢保險金 | 200萬 | 400萬 | 600萬 | 1,000萬 | - | 地震意外身故及殘廢保險金 | 100萬 | 200萬 | 300萬 | 500萬 | - | 火災意外身故及殘廢保險金 | 100萬 | 200萬 | 300萬 | 500萬 | - | 特定天災意外身故及殘廢保險金 | 50萬 | 50萬 | 50萬 | 50萬 | - | 傷害<br>醫療<br>附加保險 | 傷害醫療保險金(實支實付型) | 2萬 | 2萬 | 3萬 | 3萬 | 2萬 | 傷害醫療保險金(日額型) | 1,000 | 1,000 | 2,000 | 2,000 | 1,000 | 加護病房保險金 | 2,000 | 2,000 | 3,000 | 3,000 | 2,000 | 燒燙傷病房保險金 | 2,000 | 2,000 | 3,000 | 3,000 | 2,000 | 緊急醫療救護費用保險金 | 1,000 | 1,000 | 2,000 | 2,000 | 1,000 | 住院慰問保險金 | 1,000 | 1,000 | 2,000 | 2,000 | 1,000 | 食物中毒慰問保險金 | 2,000 | 2,000 | 2,000 | 2,000 | 2,000 | 年繳保險費 | 職業類別第一、二、三類 | 1,238 | 2,035 | 3,123 | 4,718 | 550 |  | 職業類別第四類 | 2,529 | 4,142 | - | - | - |
|   |                               | □ 計劃 A | □ 計劃 B | □ 計劃 C | □ 計劃 D | □ 計劃 E<br>限未滿15足歲投保 |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 主契約   | (新)個人傷害保險                     |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|   | 身故及殘廢保險金                      | 100萬   | 200萬   | 300萬   | 500萬   | -                   |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|   | 殘廢保險金                         | -      | -      | -      | -      | 100萬                |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 特定意外<br>傷害事故<br>附加保險  | 大眾運輸工具意外身故及殘廢保險金              | 200萬   | 400萬   | 600萬   | 1,000萬 | -                   |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|   | 地震意外身故及殘廢保險金                  | 100萬   | 200萬   | 300萬   | 500萬   | -                   |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|   | 火災意外身故及殘廢保險金                  | 100萬   | 200萬   | 300萬   | 500萬   | -                   |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|   | 特定天災意外身故及殘廢保險金                | 50萬    | 50萬    | 50萬    | 50萬    | -                   |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 傷害<br>醫療<br>附加保險  | 傷害醫療保險金(實支實付型)                | 2萬     | 2萬     | 3萬     | 3萬     | 2萬                  |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|   | 傷害醫療保險金(日額型)                  | 1,000  | 1,000  | 2,000  | 2,000  | 1,000               |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|   | 加護病房保險金                       | 2,000  | 2,000  | 3,000  | 3,000  | 2,000               |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|   | 燒燙傷病房保險金                      | 2,000  | 2,000  | 3,000  | 3,000  | 2,000               |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|   | 緊急醫療救護費用保險金                   | 1,000  | 1,000  | 2,000  | 2,000  | 1,000               |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|   | 住院慰問保險金                       | 1,000  | 1,000  | 2,000  | 2,000  | 1,000               |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|   | 食物中毒慰問保險金                     | 2,000  | 2,000  | 2,000  | 2,000  | 2,000               |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 年繳保險費   | 職業類別第一、二、三類                   | 1,238  | 2,035  | 3,123  | 4,718  | 550                 |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
|   | 職業類別第四類                       | 2,529  | 4,142  | -      | -      | -                   |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 自動續約附加條款同意書: 要保人投保(新)個人傷害保險, 加保台壽保產物自動續約附加條款, 若符合該附加條款之約定, 於保險期間屆滿後, 上述所列要保人投保之保障項目得繼續有效。<br><input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (若未勾選視為不同意)   |                               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 【要保人(被保險人)告知事項】本人於訂立本契約時, 對於 貴公司要保書書面詢問之告知事項均已據實說明, 如有為隱匿或遺漏不為說明, 或為不實之說明者, 保險公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約。保險事故發生後亦同。但要保人(被保險人)證實危險之發生未基於其說明或未說明之事實時, 不在此限。  |                               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| (一) 過去二年內是否曾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。(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(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病。(4)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(5)視網膜出血或剝離、視神經病變。<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 如是, 請說明:   |                               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| (二) 目前身體機能是否有下列障害? (1)聾、啞、失明(2)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)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(4)是否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)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 如是, 請說明:  |                               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 【要保人與被保險人聲明事項】  |                               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 1. 本人(被保險人)同意台壽保產物保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。<br>2. 本人(被保險人、要保人)同意台壽保產物保險股份有限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。<br>3. 本人(被保險人、要保人)同意台壽保產物保險股份有限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。<br>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台壽保產物保險股份有限公司兩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台壽保產物保險股份有限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, 而台壽保產物保險股份有限公司仍承保者, 台壽保產物保險股份有限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台壽保產物保險股份有限公司者, 同意台壽保產物保險股份有限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。  |                               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| ※本人(要保人)已審閱貴公司「保單條款樣本或影本」及「投保人須知」及「要保書填寫說明」。<br>※本人已知悉並明瞭「台壽保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)、105.01.22依金融監督管理委員會104年12月31日金管保產字第10402148310號函修正)條款之內容及約定。  |                               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 要保人簽名: _____  | 法定代理人簽名/關係: _____             |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 被保險人簽名: _____   | 要保日期: _____                   |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| (要/被保險人未滿20歲者需其法定代理人簽名)   |                               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 核保  | 初核/輸入                         |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 服務人員  | 業務員填寫欄                        |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 單位  | 登錄字號                          |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 姓名  | 保險經紀(代理)人簽署                   |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |
| 業務來源(代號): _____   |                               |        |        |        |        |                     |        |                     |     |           |  |  |  |  |  |          |      |      |      |      |   |       |   |   |   |   |      |                      |                  |      |      |      |        |   |              |      |      |      |      |   |              |      |      |      |      |   |                |     |     |     |     |   |                  |                |    |    |    |    |    |              |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |          |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |       |         |       |       |       |       |       |           |       |       |       |       |       |       |             |       |       |       |       |     |  |         |       |       |   |   |   |



中國信託金控

台壽保產險

**【傷害險 自動續約商品專用】****※信用卡付款授權書**

立授權書人（信用卡持卡人，以下簡稱本人）同意台壽保產物保險股份有限公司（以下簡稱 貴公司）同意承保後，授權自下列信用卡支付應繳保險費（含續年度保險費）予貴公司，如因授權書內容填寫錯誤或其他原因以致無法代扣保險費時，本授權書效力立即終止，但其情形得以補正者不在此限。若信用卡因故毀損或有效期間屆滿等原因而製作新卡，本授權書對新卡仍具效力，本授權書未記載事項，依相關法令辦理。

以下信用卡內容經本人確認無誤，如有不實之處，願負所有相關法律之責。

本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對本人之個人資料，有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。

**※授權資料**

發卡銀行：\_\_\_\_\_ 卡別：VISA MASTER JCB 授權金額：NT\$\_\_\_\_\_元整  
 信用卡卡號：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 信用卡有效期限：至西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月底止  
 授權人姓名：\_\_\_\_\_ 身分證號：\_\_\_\_\_ 與被保險人關係：本人 配偶 子女 父母 兄弟姊妹 僱傭  
 信用卡授權人簽名：\_\_\_\_\_ (請與信用卡背面之簽名樣式相同) 填寫日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

**產險業履行個人資料保護法告知義務內容**

台壽保產物保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

## 一、蒐集之目的：

- (一)財產保險(〇九三)
- (二)人身保險(〇〇一)
- (三)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)

## 二、蒐集之個人資料類別：

包含但不限於要保人、被保險人、受益人、或責任險第三人之姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、病歷、醫療、健康檢查、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容。

## 三、個人資料之來源

- (一)要保人/被保險人
- (二)司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
- (三)當事人之法定代理人、輔助人
- (四)各醫療院所
- (五)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

## 四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：

- (一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
- (二)對象：本(分)公司、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (三)地區：上述對象所在之地區。
- (四)方式：合於法令規定之利用方式。

## 五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

- (一)得向本公司行使之權利：
  1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
  2. 向本公司請求補充或更正。
  3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二)行使權利之方式：書面或透過本公司免付費客服電話(0800-075-777)。

## 六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

✓ 受告知人：\_\_\_\_\_ (簽章) 中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

註：本公司履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。本公司應採下列方式之一保全履行告知義務之證明：

- (1)電話行銷之電話錄音檔。(2)當事人表明已受告知之書面文件或註明當事人已收受告知書之保單、契約變更或理賠等簽收回條。(3)將告知書內容與要保書或保險契約相關申請文件合併列印。



## 保險需求及適合度評估暨業務員報告書 (A&amp;H 適用)

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| 要保單位<br>/要保人  | 名稱/<br>姓名   | 負責人<br>姓名   | 負責人<br>身分證字號  |  |
|   | 法人註冊地 _____ 法人設立時間 _____<br>是否已發行無記名股票 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>是否上市櫃公司 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |   | <input type="checkbox"/> 本國人<br><input type="checkbox"/> 外國人:<br>國籍 _____ | <input type="checkbox"/> 一般職業<br><input type="checkbox"/> 註一所列職業 |
| 被保險人  | 姓名  | <input type="checkbox"/> 本國人<br><input type="checkbox"/> 外國人:國籍 _____ |   | <input type="checkbox"/> 一般職業<br><input type="checkbox"/> 註一所列職業 |
| 註一：博弈產業／公司、軍火商／軍火行業、寶石及貴金屬交易商、藝術品／骨董交易商、拍賣公司或高單價產品行業、不動產經紀人／仲介、當舖業、融資從業人員、民間融資行業、匯款公司、外幣兌換所、現金服務業（非屬銀行但提供金錢或價值轉換或兌換服務之產業）、虛擬貨幣發行商／交易商／管理者（提供虛擬貨幣兌換實體通貨之服務、集中式虛擬貨幣、分散式虛擬貨幣等）、律師、會計師、公證人等專業服務提供者，或是其合夥人或受僱人、外交人員、大使館、辦事處、領事館、慈善團體或非營利組織、基金會、協會／寺廟、教會從業人員。<br>註二：本報告書之部份問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。   |   |   |   |  |
| 1、要保人年收入與其他收入 <input type="checkbox"/> 0-50 萬 <input type="checkbox"/> 51-100 萬 <input type="checkbox"/> 101-150 萬 <input type="checkbox"/> 151-200 萬 <input type="checkbox"/> 201 萬以上 _____ 萬<br>被保險人年收入與其他收入 <input type="checkbox"/> 0-50 萬 <input type="checkbox"/> 51-100 萬 <input type="checkbox"/> 101-150 萬 <input type="checkbox"/> 151-200 萬 <input type="checkbox"/> 201 萬以上 _____ 萬<br>被保險人為已婚者，請填寫家庭年收入，請詳述配偶之工作內容： _____<br>被保險人為學生者，請填寫父母年收入，請詳述父母之工作內容： _____ |   |   |   |  |
| 2、要保人與被保險人投保目的及需求： <input type="checkbox"/> 增加保障 <input type="checkbox"/> 風險轉移 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 其他 _____  |   |   |   |  |
| 3、被保險人與業務員的關係是： <input type="checkbox"/> 親戚，關係 _____ <input type="checkbox"/> 朋友，認識 _____ 年 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪<br><input type="checkbox"/> 主動投保，請簡要說明招攬過程： _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____   |   |   |   |  |
| 4、家中主要經濟來源為被保險人之： <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 _____   |   |   |   |  |
| 5、被保險人身體健康狀況： <input type="checkbox"/> 正常/普通 <input type="checkbox"/> 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) ※請說明： _____  |   |   |   |  |
| 6、受益人如非被保險人之父母、配偶、子女，請說明原因： _____   |   |   |   |  |
| 7、被保險人是否已投保(或正在投保)其他商業保險？   |   |   |   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否            |
| 8、過去一年要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上；若是，請說明居住國家(地區) _____   |   |   |   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否            |
| 9、要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)；若是，請說明 _____   |   |   |   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否            |
| 10、要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序   |   |   |   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否            |
| 業務員招攬聲明事項：<br>1、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。<br>2、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、保險人後作成成本保險需求及適合度評估暨業務員報告書，如有不實致台壽保產險受損害時，願負賠償責任，特此聲明。   |   |   |   |  |
| 業務員補充說明：  |   |   |   |  |
| 招攬單位： _____ 業務員簽名： _____ 簽署人簽章： _____<br>※執業之保險代理人或保險經紀人，為業務招攬時，請於業務員欄簽章。 中華民國： _____ 年 _____ 月 _____ 日   |   |   |   |  |