

台新-新千萬保倍 正面

109.07版

新光產物保險股份有限公司投保人須知(傷害險)

一、投保時 應先請業務員出示登錄證，並請其詳細告知登錄證上所載授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。

保險業務員管理規則第六條規定：業務員在招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、投保時 要保書應親自填寫及簽章，如本人不能簽寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單據，並請要保人交付保險費，出具正式收據。請務必要求其提供您投保之內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

三、告知義務 要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約。保險事故發生後亦同。

1.保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面問答，應據實說明。」又「要保人隱匿或遭漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生非基於其說明或未說明之事實時，不在此限。前項契約解除權，自保險人知有解除之原因後，縱有一個月不使用而消滅，或契約訂立後第二年，即可以解除之原因，亦不得解除契約。」

2.因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書及體檢表內各項，以及壽險公司指定醫師檢查健康狀況時之詢問問題，都需實實在在詳詳細細的說明或填寫清楚，不能有過失遺漏，故意隱瞞或告知不實情況（例如：過去二年内是否曾因傷害或患有下列疾病而接受醫師治療、診斷或用藥？據實告白！否則保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約（不過保險公司須在知有解除原因後一月底內行使）；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人（或被保險人）能證明保險事故發生原因與未告知事項無關，且因未盡告知義務而解約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

四、契約的終止

要保人得隨時終止本契約。契約之終止，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。要保人依前項終止本契約時，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期率計算已經過期之未滿期保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。被保險人非因約定之外傷害事故或身故時，本契約效力即行終止；倘終後有未滿期之保險費者，本公司應按日數比例退還給要保人；本契約終止時，若要保人已身故，則退還未滿期之保險費主被保險人身故保險金之受益人。

五、除外責任

被保險人有下列原因致身故、失能或傷害時，本公司不負給付保險金的責任。

- 1.要保人、被保險人的故意行為。
- 2.被保險人犯罪行為。
- 3.被保險人飲酒後駕（騎）車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。
- 4.戰爭（不論宣戰與否）、內亂及其他類似之武裝擾亂。但契約另有約定者不在此限。
- 5.因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。

六、不保事項

被保險人從事下列活動，致成身故、失能或傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付保險金的責任。

- 1.被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。
- 2.被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。
- 3.職業或職務變更的通知義務

被保險人變更其職業或職務時，要保人或被保險人應即時以書面通知本公司。

被保險人所變更的職業或職務，依本公司職業分類其危險性減低時，本公司於接到通知後，應自職業或職務變更之日起按差額比率退還未滿期保險費。

被保險人所變更的職業或職務，依本公司職業分類其危險性增加時，本公司於接到通知後，自職業或職務變更之日起，按差額比率增收未滿期保險費。但被保險人所變更的職業或職務依照本公司職業分類在拒保範圍內者，本公司於接到通知後得終止契約；並按日計算退還未滿期保險費。

被保險人所變更的職業或職務，依本公司職業分類其危險性增加，未依約定期通知而發生保險事故者，本公司按其原收保險費與應收保險費的比率折算保險金給付。

八、本保險商品財產保險安定基金之保障：

財產保險安定基金依保險法第一百四十三條之三第一項第三款規定，代保險業墊付要保人、被保險人及受益人因有效契約所得為請求之範圍，限於依保險法第六條設立之財產保險業及外國財團保險業在中華民國境內之總分支機構所之保險契約。但不包括分入之再保險業務。

九、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴管道：

1.要保人或被保險人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定向保險業提出申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不受處理結果者或申訴人逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起十日內，向財團法人金融消費評議中心申請評議。

2.要保人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定向保險業提出申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不受處理結果者或申訴人逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起十日內，向財團法人金融消費評議中心申請評議。

3.如因保險契約爭議涉訟者，依據人身保險各類示範條款之約定，以要保人住所地地方法院為第一審轄管法院，要保人住所地在中華民國境外時，則以雙方約定之地方法院為第一審轄管法院。但不適用排除保全辦法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

4.保險事故揭露事項：若要保人有資料造假、夸大保險事故理賠金額、預謀或故意製造或捏造保險事故、陳述或提供不實資訊等相當於保險欺詐之情事發生，將可能會危害到要保持有人之權利。

5.本專案為保險商品，依保險法規定受「財團法人保險安定基金」之保障。

6.因投保本商品所生之糾紛，未於30日內為適當處理或不為處理者，消費者在收受處理結果或期限屆滿之日起60日內，可向財團法人金融消費評議中心申請評議。

7.本商品經新光產物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平衡對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單據與相關文件，審慎選擇保險商品。本公司如有虛偽不實或違法情事，應由新光產物及負責人依法負責。

8.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。

附註：本投保人須知僅供參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。

投保注意事項

- 1.消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。
- 2.投保年齡限制：15歲～65歲，續保至75歲。
- 3.承保職業類別：一～四類。
- 4.每一被保險人於本公司一般意外身故保險金額累積不得超過500萬，同業(含本公司)實支實付傷害保險理賠不得超過3張，本公司將依其投保內容及其他相關資訊(含業者通報資訊)進行核保審查，並保留最終承保與否及調整保險費之權利。其他未盡事宜，悉依本公司保險單據規定辦理。
- 5.本專案不承保以下職業類別人員及性質：無居處之外國人士、非文職軍人、非法入境者、鎮暴警察、情治調查人員、乩童、無(待)業、保安警察、岸巡人員、海上油礦開採工程師、國內安全人員、訂布鐵架設、輕鋼架架設員、建築土木雜工、建築土木臨時工、建築土木工地清潔工、化學工程環保人員、下水道清潔工、各種職業運動員等及傷害保險職業類別第五、六類及拒保類人員；海外突發疾病醫療及不便附加方案不受理以下職業類別投保：旅遊業領隊、導遊。
- 6.本專案商品失能保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人，新光產物不受理受益人之變更。故失能保險受益人新光產物僅接受被保險人其父母、配偶、子女或兄弟姐妹為受益人。
- 7.本保險一年為期，自新光產物核保通過及繳款成功後，追溯自新光產物收迄要保書當日二十四時生效。
- 8.為保障被保險人權益，如日後職業變更後之職業屬不承保者，請務必通知新光產物辦理退保，如未通知，於保險事故發生時新光產物將不予以理賠並終止該保險契約，新光產物將自發生日起按日數計算退還未滿期保險費；但若被保險人發生事故時之職業類別與投保時所填寫之職業類別不符時，若被保險人發生事故時之職業類別高於投保時之職業類別，則依實際繳費與應繳保費之比例給付保險金。
- 9.如被保險人同時符合本保險單約承保項目兩項或兩項以上時，新光產物依最高保險金額者給付身故保險金或失能保險金。
- 10.本保險所稱「住院」，係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之簡易住院，保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。
- 11.消費者於購買前，應詳閱各項銷售文件內容，本商品之預定附加費用率45%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽新光產物業務員、服務據點(免付費電話:0800-789-999)或網站(<http://www.skininsurance.com.tw>)，以保障您的權益。
- 12.本保險商品不含保養續保之健康保險。
- 13.人壽保險之死亡傷害給付及年金保險之確定年金給付於被保險人死亡後給付於指定受益人者，依保險法第一百二十條規定不得作為被保險人之遺產，惟如涉及捐贈遺產稅等稅捐情事者，稽徵機關仍得依據有關稅法規定或稅捐稽徵法第十二條之一所定實質課稅原則辦理。

重要聲明事項

- 1.「新千萬保倍」專案（以下稱本專案）係由新光產物保險（股）公司（以下稱新光產物）提供並負擔基於保險契約所生之權利義務，由台新銀行代理招攬其保險商品，新光產物承保出單，本專案內容、費率、保險給付（相關條件、年齡、金額等資格）與其他未盡事宜，悉依保險條款為準。
- 2.本專案商品之各項權利義務皆詳列於保單條款，保障內容以保單為主，消費者於購買前應詳閱相關銷售文件內容，審慎選擇保險商品，如欲詳細瞭解本專案之相關費用或其他資訊，請洽新光產物客戶服務中心（免費服務/申訴專線0800-789-999），或於該公司網站(<http://www.skininsurance.com.tw>)瀏覽，以保障您的權益。
- 3.新光產物保有承保及續保與否之權利。
- 4.本專案非銀行存款，不受「存款保險」之保障。
- 5.本專案為保險商品，依保險法規定受「財團法人保險安定基金」之保障。
- 6.因投保本商品所生之糾紛，未於30日內為適當處理或不為處理者，消費者在收受處理結果或期限屆滿之日起60日內，可向財團法人金融消費評議中心申請評議。
- 7.本商品經新光產物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平衡對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單據與相關文件，審慎選擇保險商品。本公司如有虛偽不實或違法情事，應由新光產物及負責人依法負責。
- 8.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。

全球海外緊急急難救助服務

- 服務項目**
- 醫療協助**
 - (1)電話醫療諮詢
 - (2)醫療服務機構之推薦
 - (3)安排住院
 - (4)住院期間之病況追蹤
 - (5)緊急醫療轉送
 - (6)緊急轉送回國
 - (7)遺體/骨灰運送回國或當地禮葬
 - (8)安排親友探視
 - (9)安排未成年子女或配偶返國
 - 旅遊協助**
 - (1)簽證及接種資訊之提供
 - (2)天氣資訊
 - (3)匯率資訊
 - (4)使領館資訊
 - (5)通譯服務之推薦
 - (6)遺失行李之協尋
 - (7)遺失護照之協助
 - (8)緊急旅遊協助
 - (9)法律服務之推薦

專案特色

一天只需**12**元，即可享最高**2,500**萬安心保障



保障內容	保險金額	
一般意外保障	一般意外身故、失能	300萬
	搭乘大眾運輸工具給付 (已含一般意外身故、失能保額)	2,500萬
	火災、爆炸事故給付 (已含一般意外身故、失能保額)	600萬
特定事故保障	地震、颱風、洪水、土石流意外事故保障 (已含一般意外身故、失能保額)	600萬
	電梯事故給付 (已含一般意外身故、失能保額)	600萬
	交通意外事故重大創傷保險金 (已含一般意外身故、失能保額)	10萬
燒燙傷保障	特定燒燙傷給付	100萬
	實支實付型醫療給付	10萬
	一般病房 (每次傷害最高90日)	2,000/日
	加護病房 (每次傷害最高14日) (已含一般病房保額)	4,000/日
傷害醫療保障	醫療給付 (每次傷害最高14日) (已含一般病房保額)	6,000/日
	住院慰問金(住院須達3日(含)以上)	2,000/次
	救護車運送費用保險金	限額2,000元
	意外門診手術保險保險金	1,000/次
	特定法定傳染病保險金 (保險期間內限給付一次)	1萬元/次
每年人保費	一至三類	4,200
	四類	8,550

台新銀行DM審核編號：SK12108DM001
2021.07

新光產險DM審核編號：SK1-DM-11007101

地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
免付費24小時服務/申訴專線：0800-789-999
要保人可透過本公司網站(<http://www.skininsurance.com.tw>)或至本公司總分支機構查詢資訊公開說明文件

商品核淮文號

109.08.31(109)新產精發字第1022號函備查：新光產物個人傷害保險(丁型)；109.08.31(109)新產精發字第883號函備查：新光產物傷害保險給付(日額型)附加條款；109.08.31(109)新產精發字第882號函備查：新光產物傷害保險給付(實支實付型)附加條款；109.10.30(109)新產精發字第1194號函備查：新光產物個人傷害保險(丁型)特定法定傳染病給付附加條款；92.12.29財政部台財保字第0920073327號函核准(公會版)、107.08.17依據金融監督管理委員會107.06.07金管壽字第10704158370號函修訂：新光產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款
10/10

9/10

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

新光產物
新千萬保倍



HS 台新銀行
智慧好夥伴

統一各分行或網購專線
0800-023-123 #4
www.taishinbank.com.tw

上述保險商品係由新光產物提供並負擔保險契約所生之權利義務，
由台新銀行代理招攬其保險商品

台新-新千萬保倍 反面

新光產物個人傷害保險〈丁型〉要保書

要保人可透過免費服務電話（0800-789-999）或本公司網站（<http://www.skininsurance.com.tw>）、總公司、分公司及通訊處查詢及索取電腦查閱資訊公開說明文件。

保單號碼		(由新光產物人壽填寫)		續保單號		(由新光產物人壽填寫)		
被保險人資料	姓名			身分證號碼				
	出生日期	年	月	日	性別	口男 口女		
	聯絡電話	(H)	(O)	行動電話				
	聯絡住址			任職機構	職稱			
工作內容				兼職				
				職業類別			(由新光產物人壽填寫)	
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？				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？				
是口是，如勾選是者，請提供相關文件影本。 否口否				(一) 實支實付型傷害醫療保險：口是口否 (二) 實支實付型醫療保險：口是口否				
被保險人目前是否受有監護宣告？口是口否，如勾選是者，請提供相關證明文件。				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？				
要保人資料	口同被保險人，以下資料可免填。被保險人之口配偶口子女口其他				本人同意以本人上述之信用卡支付保險費新臺幣 元			
	姓名			身分證號碼				
	出生日期	年	月	日	性別	口男 口女		
	聯絡住址			聯絡電話	(H)	(O)		
保險期間	自民國 年 月 日二十四時起一年。	每年於保險期間屆滿後，經本公司同意承保並通知續保後，倘要保人繼續交付續保保險費，則本契約繼續有效。						
	*不能保險金受益人限為被保險人本人，本公司不受理指定或變更。							
	*倘身故保險金受益人指定一人以上，除特別指定期或順位外，由該保險金之所有受益人平均分配，惟不包含身故受益人有指定為法定繼承人之情形。							
	*請填寫身故保險金受益人聯絡住址及電話，如係身分別之指定或要保人不同意填寫或未填寫之情形，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。							
受益人	姓名	身分證號碼	與被保險人關係	聯絡住址、電話		給付方式		
	(1)			口同要保人聯絡住址/電話	口同被保險人聯絡住址/電話	口不同意填寫	□按寫順位 □比例 (請註明比例) 1. % - 2. %	
	(2)			口同要保人聯絡住址/電話	口同被保險人聯絡住址/電話	口不同意填寫	僅填寫法定繼承人不適用此項	
	口同意；若依保單條款規定以被保險人本人為受益人之保險金，如於被保險人身故時尚未給付或未完全給付者，要保人及被保險人同意以主約身故保險金受益人為此部分之保險金之受益人。如不同意或未勾選之情形，則以被保險人之法定繼承人為受益人。惟倘該種另有所約定，則依該種條款約定。							
保障內容				保險金額				
一般意外保障				300萬元				
特定事故保障				2,200萬元(含一般意外身故/不能保額共2,500萬元)				
燒燙傷保障				300萬元(含一般意外身故/不能保額共600萬元)				
傷害醫療保障				300萬元(含一般意外身故/不能保額共600萬元)				
每人年保費				一至三類 □4,200 四類 □8,550				

*請保注意事項：【要保人及被保險人同意新光產物保險核保保險人為保險及燒燙之實支實付型傷害醫療保險保額合計達三種時，本次投保則取消「新千萬保倍」專案內傷害醫療保險給付(實支實付型)。即無法投保實支實付型傷害保險，專案保費將調整為新台幣3,643元(職業類別一至三類)或新台幣7,378元(職業類別四類)。】

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____

單位：_____ 業務員親簽：_____

1/10

2/10

繳費方式		首期：□信用卡 □現金	
		續期：信用卡	
告知事項			
為確保您的權益，告知事項請務必親自填寫，如有不實，新光產物得依保險法第六十四條解除本保險契約，保險事故發生後亦同。			
1、被保險人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？口是口否			
(1)高血壓症（指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心脏病、主動脈瘤瘤。 (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。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癮、眩晕症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。			
2、被保險人自身身體機能是否有下列障礙？口是口否			
(1)是否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，最佳矯正視力在萬國視力表○.3以下。(3)是否曾因耳部疾患或傷害接受耳鼻喉專科醫師治療、診療或用藥，單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。(5)四肢、吞嚥或言語機能障礙。(7)四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。			
若有以上事項，請詳述告知，如就診醫院、就診大約日期、診療紀錄，請告知項目及結果。			
持卡人與要保人關係：口配偶口父母子女口兄弟姊妹口公司負責人(請註明關係並附圖章)口配偶口父母子女口兄弟姊妹口公司負責人(請註明關係並附圖章)			
本人同意以本人上述之信用卡支付保險費新臺幣 元			
要保人簽名 _____ (須與要保書簽名一致) 持卡人簽名 _____			
臨櫃繳款/ATM轉帳(需檢附存入憑條/轉帳明細表)			
受款人：新光產物保險股份有限公司 受款行：台新國際商業銀行(812)建北分行(0687)			
帳號：96965十被保險人身分證號碼後9碼			
人身保險問卷－財務狀況			
本人謹此聲明下述回答基於誠實信用原則，完全屬實。			
要保人			
被保險人			
被保險人 身分證字號			
一、要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選) □保障 □風險移轉 □子女教育經費 □其他			
身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位 1. % - 2. %			
二、要保人工作狀況 任職公司名稱：_____ 職稱/工作內容：_____ 現職年資：01年以下 □1~5年 □6~10年 □11年以上			
三、要保人與被保險人財務狀況：(單位：新臺幣，以阿拉伯數字填寫)			
要保人親簽：_____			
被保險人親簽：_____			
法定代理人親簽：_____ 要保日期：民國 年 月 日 (未滿20歲之要/被保險人請由法定代理人親簽，並填寫相關資料)			
※以下由保險業務員填寫			
招攬日期 單位代號(S.C.) 保險進件編號 新契約編號 保代簽署 INSP			
業務員簽名 業務員登錄證字號 員工編號 輔銷人員編號			
※以下由新光產物保險公司人員填寫			
要保險人親簽：_____ 法定代理人親簽：_____ 關係：_____			
被保險人親簽：_____ 法定代理人親簽：_____ 關係：_____			
初核： 00IFZ06 新千萬保倍			
單位：_____ 業務員親簽：_____			

單位：_____ 業務員親簽：_____

3/10

繳費方式		首期：□信用卡 □現金	
		續期：信用卡	
告知事項			
為確保您的權益，告知事項請務必親自填寫，如有不實，新光產物得依保險法第六十四條解除本保險契約，保險事故發生後亦同。			
1、被保險人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？口是口否			
(1)高血壓症（指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心脏病、主動脈瘤瘤。 (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。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癥、眩晕症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。			
2、被保險人自身身體機能是否有下列障礙？口是口否			
(1)是否曾因眼疾或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。(5)四肢、吞嚥或言語機能障礙。(7)四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。			
若有以上事項，請詳述告知，如就診醫院、就診大約日期、診療紀錄，請告知項目及結果。			
持卡人與要保人關係：口配偶口父母子女口兄弟姊妹口公司負責人(請註明關係並附圖章)口配偶口父母子女口兄弟姊妹口公司負責人(請註明關係並附圖章)			
本人同意以本人上述之信用卡支付保險費新臺幣 元			
要保人簽名 _____ (須與要保書簽名一致) 持卡人簽名 _____			
臨櫃繳款/ATM轉帳(需檢附存入憑條/轉帳明細表)			
受款人：新光產物保險股份有限公司 受款行：台新國際商業銀行(812)建北分行(0687)			
帳號：96965十被保險人身分證號碼後9碼			
人身保險問卷－財務狀況			
本人謹此聲明下述回答基於誠實信用原則，完全屬實。			
要保人			
被保險人			
被保險人 身分證字號			
一、要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選) □保障 □風險移轉 □子女教育經費 □其他			
身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位 1. % - 2. %			
二、要保人工作狀況 任職公司名稱：_____ 職稱/工作內容：_____ 現職年資：01年以下 □1~5年 □6~10年 □11年以上			
三、要保人與被保險人財務狀況：(單位：新臺幣，以阿拉伯數字填寫)			
要保人親簽：_____			
被保險人親簽：_____			
法定代理人親簽：_____ 要保日期：民國 年 月 日 (未滿20歲之要/被保險人請由法定代理人親簽，並填寫相關資料)			
※以下由保險業務員填寫			
招攬日期 單位代號(S.C.) 保險進件編號 新契約編號 保代簽署 INSP			
業務員簽名 業務員登錄證字號 員工編號 輔銷人員編號			
※以下由新光產物保險公司人員填寫			
要保險人親簽：_____ 法定代理人親簽：_____ 關係：_____			
被保險人親簽：_____ 法定代理人親簽：_____ 關係：_____			
初核： 00IFZ06 新千萬保倍			
單位：_____ 業務員親簽：_____			

單位：_____ 業務員親簽：_____

3/10

繳費方式		首期：□信用卡 □現金	
		續期：信用卡	
告知事項			
為確保您的權益，告知事項請務必親自填寫，如有不實，新光產物得依保險法第六十四條解除本保險契約，保險事故發生後亦同。			
1、被保險人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？口是口否			
(1)高血壓症（指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心脏病、主動脈瘤瘤。 (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。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癥、眩晕症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。			
2、被保險人自身身體機能是否有下列障礙？口是口否			
(1)是否曾因眼疾或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。(5)四肢、吞嚥或言語機能障礙。(7)四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。			
若有以上事項，請詳述告知，如就診醫院、就診大約日期、診療紀錄，請告知項目及結果。			
持卡人與要保人關係：口配偶口父母子女口兄弟姊妹口公司負責人(請註明關係並附圖章)口配偶口父母子女口兄弟姊妹口公司負責人(請註明關係並附圖章)			
本人同意以本人上述之信用卡支付保險費新臺幣 元			
要保人簽名 _____ (須與要保書簽名一致) 持卡人簽名 _____			
臨櫃繳款/ATM轉帳(需檢附存入憑條/轉帳明細表)			
受款人：新光產物保險股份有限公司 受款行：台新國際商業銀行(812)建北分行(0687)			
帳號：96965十被保險人身分證號碼後9碼			
人身保險問卷－財務狀況			
本人謹此聲明下述回答基於誠實信用原則，完全屬實。			
要保人			
被保險人			
被保險人 身分證字號			
一、要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選) □保障 □風險移轉 □子女教育經費 □其他			
身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位 1. % - 2. %			
二、要保人工作狀況 任職公司名稱：_____ 職稱/工作內容：_____ 現職年資：01年以下 □1~5年 □6~10年 □11年以上			
三、要保人與被保險人財務狀況：(單位：新臺幣，以阿拉伯數字填寫)			
要保人親簽：_____			
法定代理人親簽：_____ 要保日期：民國 年 月 日 (未滿20歲之要/被保險人請由法定代理人親簽，並填寫相關資料)			
※以下由保險業務員填寫			
招攬日期 單位代號(S.C.) 保險進件編號 新契約編號 保代簽署 INSP			
業務員簽名 業務員登錄證字號 員工編號 輔銷人員編號			
※以下由新光產物保險公司人員填寫			
要保險人親簽：_____ 法定代理人親簽：_____ 關係：_____			
被保險人親簽：_____ 法定代理人親簽：_____ 關係：_____			
初核： 00IFZ06 新千萬保倍			
單位：_____ 業務員親簽：_____			

單位：_____ 業務員親簽：_____

3/10

繳費方式		首期：□信用卡 □現金	
		續期：信用卡	
告知事項			
為確保您的權益，告知事項請務必親自填寫，如有不實，新光產物得依保險法第六十四條解除本保險契約，保險事故發生後亦同。			
1、被保險人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？口是口否			
(1)高血壓症（指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心脏病、主動脈瘤瘤。 (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。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癥、眩晕症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。			
2、被保險人自身身體機能是否有下列障礙？口是口否			
(1)是否曾因眼疾或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。(5)四肢、吞嚥或言語機能障礙。(7)四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。			
若有以上事項，請詳述告知，如就診醫院、就診大約日期、診療紀錄，請告知項目及結果。			
持卡人與要保人關係：口配偶口父母子女口兄弟姊妹口公司負責人(請註明關係並附圖章)口配偶口父母子女口兄弟姊妹口公司負責人(請註明關係並附圖章)			
本人同意以本人上述之信用卡支付保險費新臺幣 元			
要保人簽名 _____ (須與要保書簽名一致) 持卡人簽名 _____			
臨櫃繳款/ATM轉帳(需檢附存入憑條/轉帳明細表)			
受款人：新光產物保險股份有限公司 受款行：台新國際商業銀行(812)建北分行(0687)			
帳號：96965十被保險人身分證號碼後9碼			
人身保險問卷－財務狀況			
本人謹此聲明下述回答基於誠實信用原則，完全屬實。			
要保人			
被保險人			
被保險人 身分證字號			
一、要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選) □保障 □風險移轉 □子女教育經費 □其他			
身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位 1. % - 2. %			
二、要保人工作狀況 任職公司名稱：_____ 職稱/工作內容：_____			