

DOUBLE用心

不讓意外 措手不及



個人生活 全方位保障

- 個人責任保險金
 - ☆ 寵物咬傷人
 - ☆ 幼童在學校弄傷同學
 - ☆ 逛街弄壞物品
- 個人隨身攜帶物保險金
 - ☆ 現金(上限5,000元)
 - ☆ 手機、平板電腦



完整意外 醫療保障

- 高保額醫療保險金，最高給付15萬
- 輔助器具費用保險金
- 意外門診手術定額給付
- 意外特定手術項目給付
- 救護車運送費用



住院給付 一次到位

- 一般病房，住院一天最高給付2,500
- 加護病房、燒燙傷病房額外給付3,000
- 住院慰問保險金



重大事故 意外保障

- 搭乘大眾運輸交通意外
- 火災、地震特定事故
- 颱風洪水土石流特定事故
- 特定燒燙傷保險金
- 特定失能生活扶助保險金

注意事項

- 消費者投保前應慎讀本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。
- 投保年齡限制：15歲至70歲，續保至75歲，61歲(含)以上限保方案A、B、C；66歲(含)以上限保方案A、B、C；71歲(含)以上限保方案A。
- 承保職業類別：一至六類；五、六類限保方案A；四類、家庭主婦及退休人士限保方案A、B；長期駐留(指六個月以上)大陸或國外之人士限保方案A、B、C。
- 方案限制：實支實付醫療附加方案不得與傷害險主方案交叉選擇。
- 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)實支實付傷害醫療保險契約不得超過3張，本公司將依其投保內容及其他相關資訊(含同業通報資訊)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，悉依本公司保險單條款規定辦理。
- 本保險契約失能保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理受益人之變更。身故保險金受益人本公司僅接受被保險人指定其父母、配偶、子女或兄弟姐妹為受益人。
- 傷害險主方案、實支實付醫療附加方案恕不受理以下職業類別人員投保：非法入境者、鎮暴警察、情治調查人員、臥底、無(待)業、保安警察、岸巡人員、海上油礦開採業工程師、國內泛用安全人員、帆布鐵架裝設、輕鋼架裝設人員、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、鑽油井工人、儲油槽清潔工、吊車司機及隨車工人、挖土機(怪手)操作員、鋼骨結構架設工人、鷹架架設工人、貼瓷磚(外牆)、鐵屋架設、搭設鐵皮屋、大樓玻璃帷幕安裝、鐵塔架設人員、海邊港口工程人員、水壩工程人員、橋樑工程人員、鍋爐工、戶外廣告招牌製作架設人員、武打演員、電力工程設施之架設人員、電線天線維護人員、儲油槽及儲氣槽清理人員、高樓外部清潔工、煙囪清潔工、刑警、救難人員、潛水人員、採石業工人、海上油礦開採業技術員、油氣井清潔保養維護工、鑽設設備安裝換修保養工、救難船員、民航機飛行人員、直昇機飛行人員(含輕型航空器駕駛人員)、民航機飛行空安管、有關高壓電之工作人員、核能工作人員、空中警察、警務特勤人員(維安小組、霹靂小組)、空巡人員、海巡人員、曠工、採石爆破人員、船舶切割人員(海上)、爆破工作人員、礦工、硫磺、鹽酸、硝酸製造工、有毒物品製造工、火藥爆竹製造及處理人員(包括爆竹、煙火製造工)、戰地記者、特技演員、動物園及馬戲團馴獸師、從事特種營業服務人員、保險、核廢料處理人員、海上油污處理人員、防核小組、特種軍人、武器或彈藥製造人員、軍機駕駛及機上工作人員、賽車人員、跳傘人員、遠洋漁船船員、近海漁船船員、海釣船人員、各種職業運動員等及拒保人員。
- 本保險契約以一年為期，自本公司核保通過及扣款成功後，追溯自本公司收妥要保書當日二十四時生效。如付款人之信用卡無法扣款，本申請書自始無效。
- 為保障被保險人權益，如日後職業變更且變更後之職業屬不承保者，請務必通知本公司辦理退保，如未通知，於保險事故發生時本公司將不予理賠並終止該保險契約，本公司將自發生日起按日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，則依實際保費與應繳保費之比例給付保險金。
- 如被保險人同時符合本保險契約約定承保兩項或兩項以上之特定意外傷害事故時，本公司依最高保險金額者給付身故保險金或失能保險金。
- 消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定附加費用率最高為47.98%，最低為45.69%；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:0800-005-588)或網站(網址: <http://www.skinsurance.com.tw>)，以保障您的權益。
- 本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷與傷勢必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實住於醫院接受診療者，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日間留院，保險公司辦理理賠作業於需要時會參徵醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。

商品文號：108.12.31(108)新產精發字第1352號函備查；109.08.31(109)新產精發字第1022號函備查；109.08.31(109)新產精發字第883號函備查；109.08.31(109)新產精發字第882號函備查；92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公啟版)107.08.17依據金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修訂

給付項目：個人責任保險、個人隨身攜帶物損失保險、意外身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金、大眾運輸工具交通意外身故保險金或喪葬費用保險金、大眾運輸工具交通意外失能保險金、特定事故意外身故保險金或喪葬費用保險金、特定事故意外失能保險金、電梯事故意外身故保險金或喪葬費用保險金、電梯事故意外失能保險金、特定失能生活扶助保險金、特定燒燙傷保險金、實支實付傷害醫療保險金、住院保險金、加護病房保險金、燒燙傷病房保險金、住院生活補助保險金、居家療養保險金、住院慰問保險金、意外門診手術醫療保險金、食物中毒慰問保險金、輔助器具費用保險金、意外手術費用保險金



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

地址：台北市建國北路2段15號 電話：(02)2507-5335 免費申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999
要保人可透過本公司網站<http://www.skinsurance.com.tw>或至總公司、分公司及通訊處查閱資訊公開說明文件。

(預留條碼)

109.08.31(109)新產精發字第 1022 號函備查

保險單號碼		續保單號碼				
要保人	姓名/公司名稱	身分證號 統一編號		出生日期	民國 年 月 日	
	代表人	<small>(若要保人為自然人身份,此欄位免填)</small>		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍/註冊地 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	
	聯絡地址	□□□-□□		職業/行業		
保單寄送 (同意請勾選)		※保單形式為電子保單,若有紙本保單需求,請勾選: <input type="radio"/> 紙本保單(QR Code 條款) ※如另有紙本條款需求請洽新光產物人員。		電子信箱	<small>(若同意設定電子保單,此欄位必填)</small>	
				行動電話	<small>(若同意設定電子保單,此欄位必填)</small>	
要保人與被保險人關係: <input type="checkbox"/> 同一人(以下被保險人資料免填) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 僱傭						
被保人	姓名	身分證號		出生日期	民國 年 月 日	
	電子信箱	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍/註冊地 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	行動電話		
	聯絡地址	□□□-□□		聯絡電話		
保險期間	自民國 年 月 日 24 時起一年。 <small>於保險期間屆滿前,經本公司同意承保並通知續保,倘要保人繼續交付續保費,則本保險契約繼續有效。</small>					
詢問事項	※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? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否,如勾選是者,請提供。 ※被保險人目前是否受有監護宣告? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否,如勾選是者,請提供相關證明文件。					
受益人	<small>※以未滿 15 足歲之未成年為被保險人者,不含意外身故保險金或喪葬費用保險金。 ※除身故保險金以外,其餘各項保險金之受益人為被保險人本人,本公司不受理指定或變更。被保險人身故時,如本契約保險金尚未給付或未完全給付,則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。 ※指定身故受益人限定為被保險人之配偶、子女、父母及兄弟姊妹,未指定者,視為同意以法定繼承人為身故保險金受益人。</small>					
	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人,須填寫下列欄位					
		姓名	身分證號	與被保險人關係	聯絡住址、電話	給付方式
	(1)				<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話:	<input type="checkbox"/> 順位(依左列順序)
(2)				<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話:	<input type="checkbox"/> 均分	
(3)				<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話:	<input type="checkbox"/> 比例 1. % 2. % 3. %	
傷害險主方案 (新台幣:元)						
個人責任保險金 (每一事故自負額 2,000)		保險期間內累計 50 萬		保險期間內累計 100 萬		
個人隨身攜帶物損失保險(乙型)		-		最高 3 萬		
一般意外身故、失能		100 萬		300 萬		
火災、地震、颱風、洪水、土石流意外身故、失能(已含一般意外身故、失能)		300 萬		600 萬		
電梯事故意外身故、失能 (已含一般意外身故、失能)		300 萬		600 萬		
搭乘大眾運輸工具交通意外身故、失能(已含一般意外身故、失能)		500 萬		1,500 萬		
特定失能生活扶助保險金		50 萬		100 萬		
特定燒燙傷保險金		50 萬		100 萬		
一般病房住院日額保險金 (每次傷害給付最高 90 日)		每日 1,000		每日 1,000		
加護病房住院日額保險金 (每次傷害額外給付最高 30 日)		每日 3,000		每日 3,000		
燒燙傷病房住院日額保險金 (每次傷害額外給付最高 30 日)		每日 3,000		每日 3,000		
骨折未住院補償 (依骨折日數表換算給付)		最高 3 萬		最高 3 萬		
住院生活補助保險金(每次傷害給付最高 90 日)		-		每日 500		
意外門診手術醫療保險金		每次 500		每次 1,000		
救護車運送費用保險金		限額 2,000				
住院慰問保險金 (住院須達 3 日(含)以上)		每次 3,000				
食物中毒慰問保險金		每次 5,000				
輔助器具費用保險金		最高 5 萬				
每人年保險費	一至三類	<input type="checkbox"/> 1,568		<input type="checkbox"/> 2,650		
	四類	<input type="checkbox"/> 3,077		<input type="checkbox"/> 5,289		
	五類	<input type="checkbox"/> 4,678		-		
	六類	<input type="checkbox"/> 5,957		-		

自選醫療附加方案(不得與上述傷害險方案交叉附加)

「實支實付」醫療附加方案 (新台幣：元)		實支實付 A	實支實付 B	實支實付 C	實支實付 D
傷害醫療保險給付(實支實付型)		10 萬	10 萬	15 萬	15 萬
居家療養保險金(每次傷害給付最高 90 日)		每日 500	每日 500	每日 1,000	每日 1,000
意外手術費用保險金		-	-	1 萬	1 萬
每人年保險費	一至三類	<input type="checkbox"/> 624	<input type="checkbox"/> 624	<input type="checkbox"/> 940	<input type="checkbox"/> 940
	四類	<input type="checkbox"/> 1,312	<input type="checkbox"/> 1,312	-	-
	五類	<input type="checkbox"/> 2,041	-	-	-
	六類	<input type="checkbox"/> 2,625	-	-	-

※本人是否同意保險公司依投保內容及同業通報資訊進行核保審查時，如遇無法投保「實支實付傷害醫療保險金」附加方案時，僅投保「傷害險主方案」。

是，要保人或被保險人親簽：_____ 否 (未勾選者，視為不同意。)

合計總保險費	(未自選附加方案，本欄免填) _____元
--------	-----------------------

被保險人告知事項：(要保人、被保險人須詳實填告) 為確保您的權益，告知事項請務必親自填寫，如有不實，本公司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。

被保險人服務單位	職位/工作內容	兼 職	職業類別	(由新光產物人員填寫)
1、被保險人過去二年內是否曾因患有右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 或舒張壓 90mmHg 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。(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。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2、被保險人目前身體機能是否有下列障害？	(1)失明。(2)是否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)聾。(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)啞。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

※被保險人現在及過去之健康情形若有上列所述的情況，請詳填：

- 1.病名(外傷者，受傷部位)：_____ 2.就診大約日期：_____ 3.有無用藥/藥名：_____
- 4.診療過程(門診或住院)：_____ 5.有無手術：_____ 6.治療結果及目前狀況：_____

聲明事項

- 一、本人(被保險人)同意新光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。
- 二、本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險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。
- 三、本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險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。
- 四、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新光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實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知新光產物保險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，而新光產物保險公司仍承保者，新光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新光產物保險公司者，同意新光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。

- ※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。
- ※本人(要保人、被保險人)於填寫要保書時，已審閱新光產物保險公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」及「投保人須知」。
- ※本人(被保險人、要保人)已確認告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。
- ※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」條款之內容及規定。
- ※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。

要保人親簽：_____ 被保險人親簽：_____ 法定代理人或監護人親簽：_____ (未成年者請由法定代理人親簽。)

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保經代資訊	業務人員/登錄字號	保經代簽署	核保	專案代號
收件號： 單位代號： 員工編號：	經辦代號： 業務員簽名： 登錄字號：			88ISK49 DOUBLE 用心

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。

※首期繳費方式除信用卡者，如遇約定保險期間生效日早於實際繳費日時，本公司將以實際繳費日為其保險期間生效日。

繳費方式	首期： <input type="checkbox"/> 信用卡扣款 <input type="checkbox"/> 多元化繳費
	續期： <input type="checkbox"/> 帳戶扣款 <input type="checkbox"/> 信用卡扣款 <input type="checkbox"/> 超商繳費 <input type="checkbox"/> 不同意(若不同意續保請勾選) ※健康告知屬正常之保戶，如續期繳費方式未勾選時，本公司將以 超商繳費 為續期繳費方式。

信用卡簽帳單暨授權書 ※授權依上述信用卡繳費勾選期別辦理保費扣款

信用卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡【*本公司不接受AE卡】	發卡銀行：
信用卡卡號：_____	信用卡有效期限：西元20____年____月底止
持卡人姓名(正楷)：_____	持卡人電話：_____
持卡人與要保人關係： <input type="checkbox"/> 要/被保險人本人 <input type="checkbox"/> 身故保險金指定受益人之一 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 公司負責人，左述關係皆須檢附關係證明	持卡人身分證號碼(必填)：_____
簽單保費(簽帳/帳扣金額)：如要保書所載之方案保費	
持卡人已詳閱下列注意事項及授權約定事項，對簽帳單暨授權書內容均已充分瞭解，並於下方簽名表示同意： 一、持卡人同意以信用卡支付上開保險費，新產物保險費由新產物保險股份有限公司(下稱本公司)承保，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。 二、本項交易若未獲收單銀行核准，則本簽帳單自動失效，本公司得再行收費。 三、授權人將本授權書逕達本公司據以辦理自動扣繳付款作業，並同意本公司於保險期間屆滿前，逕行以本授權書所載之信用卡扣款支付不限次數之續期保費。 四、有下列各款情形之一者，本授權書之效力自該情形發生之日起終止：(1)發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構之信用卡契約終止時。(3)要保人以書面通知本公司終止授權。(4)授權人重新填具授權書變更本授權書內容時，本授權書效力自新授權書生效後，即行終止。 五、簽訂本授權書後，如繳付保險費之「信用卡」卡號變更、停用或有有效期間到期時，授權人應主動以書面通知本公司變更；如未通知變更而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，依保險契約之相關規定辦理。 六、授權人如因發卡機構代收金額與應繳金額不符時，或對保險費計算、變動有異議者，除依本授權書約定終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。 七、授權人指定之信用卡不因日後發卡樣式變更而致使本授權關係失其效力。	
要保人簽名：_____ (須與要保書簽名一致) 授權人暨持卡人簽名：_____ (須與信用卡背面簽名一致) 日期：____年____月____日	

帳戶扣款授權書 ※授權扣款限續期保費

<input type="checkbox"/> 紙本授權付款(需另填寫「自動轉帳付款授權書」)	
<input type="checkbox"/> 電子授權付款(限以下合作銀行可透過全省中國信託銀行 ATM 機台完成授權付款作業)	
※電子授權付款帳號後 4 碼 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (必填)	
臺灣銀行、土地銀行、第一銀行、華南銀行、彰化銀行、上海銀行、台北富邦銀行、國泰世華銀行、兆豐銀行、王道銀行、台灣中小企業銀行、新光銀行、聯邦銀行、遠東銀行、元大銀行、永豐銀行、凱基銀行、星展銀行、台新銀行、日盛銀行、中國信託銀行、合庫銀行	
帳戶授權人姓名：_____	帳戶授權人身份證號碼/統編(必填)：_____
授權人與要保人關係： <input type="checkbox"/> 要/被保險人本人 <input type="checkbox"/> 身故保險金指定受益人之一 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox">子女 <input type="checkbox"/>兄弟姐妹 <input type="checkbox"/>公司負責人，左述關係皆須檢附關係證明</input>	簽單保費(簽帳/帳扣金額)：如要保書所載之方案保費
本人授權新產物保險公司及上述之指定銀行/郵局得自授權人之上述帳戶內自動轉帳，以繳付所指定之保險契約應繳不限次數續期保費。倘本人帳戶發生無足夠餘額或該帳戶遭法院強制執行無法轉帳者致無法扣繳保險費所招致之損失，概由本人負責。	
要保人簽名：_____ (須與要保書簽名一致) 授權人簽名：_____	

新產物保險需求及適合度分析評估暨業務員報告書(人身)

要保人	
自然人	法人
姓名	名稱
主要居住地 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (外國請填國別)	主要營業處所 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (外國請填國別)
職業 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 註一-所列	行業 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 註一-所列
	客戶屬性 <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註二)
	負責人基本資訊 姓名： 國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (外國請填國別)
被保險人 <input type="radio"/> 同要保人，免填以下欄位	
姓名	職業 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 註一-所列
註一：律師、會計、公證、地政、記帳事務業；軍火商；不動產業；民間融資業(貸款、當舖等)；金融業(銀行、保險、信託、證券、融資性租賃等)；珠寶及貴金屬製品批發零售業；藝術品、古董交易拍賣商；宗教組織或其從業人員；博奕業；匯款公司、外幣兌換所；外交組織或其從業人員；虛擬貨幣商；基金、投資管理顧問業；民意代表；政府機關或其從業人員；警察。	
註二：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者： (1)依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構；國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。 (2)要保人或被保險人為法人，接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。	
註三：本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請授權人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。	
註四：國籍、職業/行業如涉及雙重國籍或多重職業/行業者，得複選。	
註五：法人負責人或代表人，原則應與要保書所記載一致。	
註六：要保人多人時，請個別填寫報告書，若被保險人為多人時，以母公司、總機構之資訊及行業為準，自然人填一張為代表。	
一、過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？ <input type="checkbox"/> 是，請說明居住國家(地區) _____ <input type="checkbox"/> 否	
二、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)？ <input type="checkbox"/> 是，請說明 _____ <input type="checkbox"/> 否	
三、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，抑或對於具有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	
1.招攬經過： <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 招攬投保 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
2.要保人被保險人投保目的及需求：(可複選) <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
3.招攬時，是否向要保人或被保險人確認要保人與被保險人之關係及身分： (如為法人需檢視其經濟部商業司工商登記查詢畫面或營利事業登記證；為自然人需檢視其身分證) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4.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，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，/請說明原因 _____	
5.要保人及被保險人是否投保其他商業保險？ <input type="checkbox"/> 是，公司名稱：_____ <input type="checkbox"/> 否	
6.確認被保險人外觀體況健康，無四肢五官缺損或機能障礙？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請詳述部位及障礙程度：_____	
7.要保人繳交保險費之資金來源： <input type="checkbox"/> 工作/營業收入 <input type="checkbox"/> 投資/業外收入 <input type="checkbox"/> 退休收入 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 解除或終止契約 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
8.要保人是否於投保前三個月內曾辦理解除契約、終止契約、貸款或保單借款？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
9.要保人與被保險人或家中主要經濟來源者之財務狀況：(單位：新臺幣，要保人為法人時免填) (1)家中主要經濟來源者： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 其他，請說明 _____ (2)要保人工作年及其他收入： <input type="checkbox"/> 25 萬以下 <input type="checkbox"/> 26-50 萬 <input type="checkbox"/> 51-75 萬 <input type="checkbox"/> 76-100 萬 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (3)被保險人/主要經濟來源者工作年及其他收入(同要保人免填)： <input type="checkbox"/> 25 萬以下 <input type="checkbox"/> 26-50 萬 <input type="checkbox"/> 51-75 萬 <input type="checkbox"/> 76-100 萬 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
10.是否於招攬時已親晤要、被保險人及法定代理人皆親自簽名？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
11.要保人、被保險人是否有疑似洗錢或資助恐怖主義之表徵？(為「是」者，請於下方欄位說明，如：不願提供身分證明文件、關心退保權益多於保障內容等) <input type="checkbox"/> 是，請說明 _____ <input type="checkbox"/> 否	
12.已向要保人說明如利用對於本保險契約或本公司所提供之服務從事洗錢或資助恐怖主義或其他不法行為，將受有刑責？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
業務員聲明事項 ※業務員已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料(含自然人之身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身分之文件等；如為非自然人，則需其之營業執照、其他設立或登記證照等)。 ※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。 ※業務員已瞭解要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可可資傳遞電子文件之聯絡方式(保險契約係以電子保單型或出單者用)。 ※業務員已向要、被保險人說明本保險契約之承保範圍、除外不保事項及商品風險。 ※本人具有招攬資格，招攬時已評估過要、被保險人收入、財務狀況、職業、繳交保險費之資金來源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、被保險人後作成業務員報告書暨保單適合度分析表，如有不實致新產物產險受損時，願負賠償責任，特此聲明。	
單位：_____ 業務員親簽：_____ 簽署人簽章：_____ 民國：____年____月____日	

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：業務員於招攬保險時，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，如本人不能書寫，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條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知道您投保的內容，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詢問，應據實說明。」又「要保人隱匿或遺漏不為說明，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未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，經過一個月不行使而消滅，或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，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事項，都需要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事。（例如：過去二年內是否曾因傷害或患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？應據實告知）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個月內行使）；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，且因未盡告知義務解除契約時，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。要保人依前項約定終止本契約時，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。被保險人非因約定之意外傷害事故而身故時，本契約效力即行終止；倘終止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給主契約身故保險金之受益人。

五、除外責任

被保險人因下列原因致成死亡、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規定標準者。
4. 戰爭（不論宣戰與否）、內亂及其他類似的武裝變亂。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，致成死亡、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。

七、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其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，依照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，依照本公司職業分類其危險性增加，未依約定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、本保險商品受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、被保險人及受益人依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產保險業在中華民國境內之總分支機構銷售之保險契約。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之管道：

- (一) 要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向本公司免費申訴專線0800-005-588或財團法人金融消費評議中心申訴。
- (二) 要保人、被保險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先向保險業提出申訴，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；申訴人不接受處理結果者或保險業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六十日內，向財團法人金融消費評議中心申請評議。
- (三) 如因保險契約爭議涉訟者，依據人身保險各險示範條款之約定，以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所在中華民國境外時，則以雙方約定之地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護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。

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。

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司（下稱本公司）依個人資料保護法（下稱個資法）第6條第2項、第8條第1項（如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集目的：

- (一) 財產保險（〇九三）。
- (二) 人身保險（〇〇一）。
- (三) 消費者、客戶管理與服務（〇九〇）。
- (四) 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、蒐集個人資料之類別：

包括但不限於姓名、身分證統一編號（護照號碼或居留證號碼）、出生年月日、住址、聯絡方式（電話號碼、行動電話、電子郵件地址）、病歷、醫療、健康檢查、婚姻、家庭、教育、職業、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（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）：

- (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、利用之期間、對象、地區及方式：

- (一) 期間：個人資料蒐集特定目的存續期間、提供金融商品或服務契約期間、因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象：

- 1、本（分）公司及本公司海外分支機構、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、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。
- 2、與本公司簽訂契約之保險代理人/保險經紀人及因辦理財產保險相關業務需要之第三方。
- 3、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。

除法令規定本公司必須進行之通報作業、提供資料予公務機關或上述因本公司營運作業所需合作之關係企業或廠商外，本公司不會在未獲得您的同意下將您的個人資料提供予任何第三方。

- (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3條及第20條規定，您就本公司保有您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：以書面或其他日後可供證明之方式。

六、您不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：若您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、遲延或無法提供您相關服務或給付。

上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-005-588 免付費專線。

本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

新光產物全球海外緊急急難救助服務說明



地址：台北市104建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
 免費申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999
 要保人可透過本公司網站<http://www.skinsurance.com.tw>
 或至總公司、分公司及通訊處查詢資訊公開說明文件

※「新光產物全球海外緊急急難救助服務」係新光產物提供無償服務，新光產物得於必要時修改或終止服務內容，詳細內容以「新光產物全球海外緊急急難救助服務辦法」為主，如保單中途失效或終止，相關服務權益亦同時停止。

※以下醫療協助項目適用「意外事故」或「突發疾病事故」。

服務項目	服務內容
24小時緊急電話醫療諮詢	適格用戶有醫療諮詢需求時，得隨時以電話向特約機構服務中心請求提供醫療諮詢服務，但此醫療諮詢僅屬建議性質，並不構成病情之診斷。
安排醫師往診及推薦醫療服務機構	適格用戶有醫療需求時，特約機構將安排醫師前往被保險人所在地為其診療或為其介紹醫師或醫療機構等資訊。醫師往診費用及因特約機構介紹之醫療機構就醫所生之門診費用，特約機構不先行代墊，由適格用戶自行負擔。 前項資訊之提供僅屬建議性質，特約機構除應以善良管理人之注意義務為篩選外，不為任何服務品質之保證。
緊急醫療用品及器材運送	適格用戶依當地主治醫師之處方及特約機構的醫生同意，需要當地所缺乏的醫療藥品或器材時，特約機構會安排遞送(除非違反當地相關輸入規定)，但醫療器材或藥品之費用由適格用戶自行負擔。
救護車的安排	適格用戶或其主治醫師無法安排救護車運送適格用戶至特定地點時，特約機構將協助其安排行駛於陸地上之救護車，但因此所生之一切費用。(包含派車費及運送適格用戶所生之費用)由適格用戶自行負擔。
協助安排住院	適格用戶遭遇急難事故，經特約機構特約醫師或當地合格醫院醫師判斷必須住院治療時，特約機構應協助安排住院手續。但該項服務之所有相關住院及診療費用由適格用戶自行負擔
醫療病情追蹤	當適格用戶住院時，特約機構將與其主治醫師保持聯繫了解其治療狀況，以作後續服務，但涉及個人隱私之事項，將於適格用戶適當授權後為之。
緊急醫療轉送	適格用戶經特約機構所屬之醫療小組及格適格用戶之主治醫生同意，認為當地醫療設備不足以提供完整之醫療照顧而需轉院時，特約機構應以合理、適當之方式為適格用戶安排以必要之醫療設備、醫療伴護小組及運輸工具，護送適格用戶至鄰近且適當之醫療機構接受治療。 特約機構保有決定適格用戶病況之嚴重性是否必須緊急醫療轉送之權利，以及於評估適格用戶相關情況後決定/安排轉送之時間；特約機構對於進行醫療轉送之交通工具、地點及形式，有絕對之決定權。 本項轉送費用由特約機構負擔美金50,000元以內之限額。
出院後療養	適格用戶因遭遇急難事故住進醫院，經其當地主治醫師及特約機構專屬醫師共同認定其於出院後必須就近療養者，特約機構將補助被保險人因住宿旅館所支出之住宿費用， 每日不超過美金250元，總計不得超過美金1,000元。 (指純因住宿所生之費用，不包括食物、飲料、通訊聯絡、服務費、稅款及任何其他費用)。
緊急轉送回國	適格用戶因急難事故住院醫療後，如經當地主治醫師及特約機構之專屬醫師認定適格用戶之病況已穩定，得以出院返國，且返國後仍需繼續接受住院治療時，特約機構將安排適格用戶搭乘適當交通工具返國。若返國途中有必要給予醫療照護者，特約機構將安排隨行醫護人員及必要之醫療設備護送適格用戶返國。 本項轉送費用由特約機構負擔美金50,000元以內之限額。
安排親友前往探視	當適格用戶於海外遭遇急難事故並連續住院7天以上(含)且經其當地主治醫師及特約機構專屬醫師認定仍需繼續住院者，特約機構將提供適格用戶之親屬一人往返台灣地區國際機場與適格用戶所在醫院之最近機場一次的 經濟艙定期直飛班機來回機票一張 的機票價額，以利適格用戶親屬前往探視。 本服務項目由特約機構負擔。
協助安排當地安葬	適格用戶於海外身故時，經適格用戶之親屬或代理人要求且情況允許者，特約機構應安排適格用戶於當地安葬事宜， 特約機構並於美金50,000元之範圍內負擔該安葬費用。
協助安排遺體/骨灰運送返國	適格用戶於海外身故時，特約機構將安排適當的空中或地面運輸，將其遺體(限返回台灣地區土葬者)或骨灰以符合基本規格之棺木/骨灰罈運回台灣地區， 特約機構並於美金50,000元之範圍內負擔該費用。
安排親友處理後事	適格用戶於海外身故時，特約機構將協助安排一位親屬自臺灣往返處理後事之經濟艙機票， 其經濟艙定期直飛班機來回機票一張之費用由特約機構提供。
安排未成年子女返國	適格用戶於海外因住院或緊急醫療轉送或身故，致隨行未成年子女(指十六歲以下或未滿二十四歲未婚且在學子女)無人照料，經特約機構特約醫師及航空公司醫師共同認定該子女身體健康適合搭乘飛機，特約機構將安排適格用戶子女 搭乘經濟艙定期直飛班機返國 ，必要時特約機構將安排合格之照顧人員(非醫護人員)伴隨該子女返國。 本服務項目由特約機構負擔。
協助同行配偶返國	因適格用戶於海外住院或緊急醫療轉送或身故，以致其同行配偶無人照顧時，經特約機構專屬醫師認定其健康狀況可正常搭乘飛機者，特約機構可代為安排該同行配偶 搭乘經濟艙定期直飛班機返國 ，於有必要時，亦將依請求安排人員(以非醫護人員為限)護送其返國。 本服務項目由特約機構負擔。
醫療問題傳譯	提供適格用戶有關醫療需要之口譯服務。
人道援助	適格用戶請求本合約約定服務範圍以外之緊急援助服務，或與適格用戶同行之人員因緊急情況需要援助服務時，經適格用戶(含其同行人員)本人、其代理人、家屬或利害關係人以書面同意負擔所有相關援助服務所生之費用，並先將預估費用之金額(多退少補)匯入特約機構指定之帳戶者，特約機構將本於人道精神提供援助服務。
大陸地區入院免保證金服務 - MedPass 任中橫服務道援助	適格用戶可於中國入住任何一間接納醫療卡上印有任中橫標誌之捷上援助網絡醫院，而毋需支付入院保證金。上述網絡醫院位於國內主要省份之主要城市。 以上服務並不包括一切營銷相關的材料或費用。相關因之所生之第三者費用由適格用戶自行負擔。
行前資訊提供	適格用戶旅行前，得請求特約機構就近以電話方式，提供將前往地區之簽證、機場海關稅賦、檢疫、預防接種、天氣、匯率等訊息(以上訊息係依最新旅遊資訊提供)。
旅行協助	適格用戶於旅遊期間得向特約機構詢問有關全球簽證要求、國定假日、匯率、語文、氣象報告、運輸/飛機航班等訊息。
代尋並轉送行李	適格用戶遺失行李時，特約機構應代為找尋並轉送，但其所生費用由適格用戶自行負擔。
護照、簽證協尋及補發遞送協助	適格用戶遺失護照、簽證時，特約機構應協助向駐外單位報備及協尋，並應協助適格用戶辦理護照、簽證之補發與遞送，但其所生費用由適格用戶自行負擔。
文件補發遞送	特約機構得協助適格用戶取得並遞交補發之必要旅遊文件(例如：旅行支票及信用卡等)，但補發及遞送費用應由適格用戶自行負擔。
推薦通譯機構/秘書協助之資訊	提供適格用戶有關通譯、秘書從業機構之資訊。
國外租車安排	適格用戶於海外需要租車時，特約機構將協助安排其租車，適格用戶應提供特約機構其有效信用卡號碼，並自行負擔一切費用。
國外住宿安排	適格用戶於海外需要安排旅館住宿時，特約機構將協助安排其旅館住宿，適格用戶應提供特約機構其有效信用卡號碼，並自行負擔一切費用。
法律援助	適格用戶於海外需法律諮詢，得向特約機構請求法律援助，特約機構應盡力提供必要之法律援助或法律服務相關資訊。但費用由適格用戶自行承擔。若因故致有繳納保釋金保證金之需要，得請求特約機構代為繳交，特約機構於收到被保險人或其家屬請求轉交之保證金款項後，將協助繳納。