



113.09.20依金融監督管理委員會113年6月25日金管保綜字第1130422474號函修正

有關本公司資訊公開說明，歡迎查閱本公司網站(<https://www.ctbcins.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  |                             |                            |                             |
| 要保人  | 要保單位/<br>姓名:   | 代表人:   |   | 出生日期:民國 年 月 日   | 年齡: 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女       |                             |                            |                             |
|  | 統一編號/身分證字號:  |  |   | 國籍: <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 | 與被保險人關係:   |                             |                            |                             |
|  | 住所:□□□   |  |   |   |  |                             |                            |                             |
|  | 聯絡電話:住家( )   | 公司( )  | 手機  |   |  |                             |                            |                             |
|  | 電子保單<br>(同意請勾選)  | <input type="checkbox"/> 支持環保愛地球，本人同意設定電子保單，且不寄送實體保單<br>本公司因特殊狀況無法提供時，得通知要保人改提供紙本保單。 |   |   | E-mail <span style="color:red">(若同意設定電子保單，行動電話或E-Mail二擇一必填)</span> |                             |                            |                             |
| 被保險人   | 被保險人姓名: <input type="checkbox"/> 同要保人/   | 身分證字號:   |   | 出生日期:民國 年 月 日   | 年齡: 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女       |                             |                            |                             |
|  | 住所: <input type="checkbox"/> 同要保人住所/□□□  |  |   |   |  |                             |                            |                             |
|  | 聯絡電話:住家( )   | 公司( )  | 手機  |   | 婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚      |                             |                            |                             |
|  | 服務單位:  | 職稱:  | 國籍: <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 |   |  |                             |                            |                             |
|  | 工作性質:  | 兼職:  | 職業代碼:   |   |  |                             |                            |                             |
|  | 是否已投保其他商業(請勾選):1.實支實付型傷害醫療保險: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2.實支實付型醫療保險: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |  |   |   |  |                             |                            |                             |
| 是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否 目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是(請提供相關證明文件) <input type="checkbox"/> 否 |  |  |   |   |  |                             |                            |                             |
| 身故保險金受益人   | 身故保險金受益人: <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(受益人超過1人時請詳述保險金分配及順序方式，若無註明則均以均分辦理。)  |  |   |   |  |                             |                            |                             |
|  | 姓名   | 身分證字號  | 與被保險人關係   | 國籍  | 均分 順位 比例   |                             |                            |                             |
|  |  |  |   |   |  |                             |                            |                             |
|  |  |  |   |   |  |                             |                            |                             |
|  |  |  |   |   |  |                             |                            |                             |
| 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。  |  |  |   |   |  |                             |                            |                             |
| 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  |  | 幣別/單位:新臺幣/元  |   | 計劃A   | 計劃B  | 計劃C<br>(限一、二類)              |                            |                             |
| 主契約  | (新)個人傷害保險  | 身故或喪葬費用保險金及失能保險金   |   | 200萬  | 300萬   | 500萬                        |                            |                             |
|  |  | 重大燒燙傷保險金   |   | 200萬  | 200萬   | 200萬                        |                            |                             |
| 特定意外<br>傷害事故<br>保險金<br>附加保險  | 大眾運輸工具意外身故或喪葬費用保險金及失能保險金   |  | 200萬  | 300萬  | 500萬   |                             |                            |                             |
|  | 地震意外身故或喪葬費用保險金及失能保險金   |  | 200萬  | 300萬  | 500萬   |                             |                            |                             |
|  | 電梯意外身故或喪葬費用保險金及失能保險金   |  | 200萬  | 300萬  | 500萬   |                             |                            |                             |
|  | 火災意外身故或喪葬費用保險金及失能保險金   |  | 200萬  | 300萬  | 500萬   |                             |                            |                             |
| 附加條款   | 特定天災意外身故或喪葬費用保險金及失能保險金   |  | 200萬  | 300萬  | 500萬   |                             |                            |                             |
|  | 一氧化碳中毒增額保險金  |  | 200萬  | 300萬  | 500萬   |                             |                            |                             |
| 附加計劃   |  |  | 計劃1   | 計劃2   | 計劃3  |                             |                            |                             |
| 晶鑽<br>傷害<br>醫療<br>附加<br>保險   | 傷害醫療保險金日額型   |  | 1,000   | 1,000   | 1,000  |                             |                            |                             |
|  | 加護病房保險金  |  | 2,500   | 3,000   | 5,000  |                             |                            |                             |
|  | 燒燙傷病房保險金   |  | 2,500   | 3,000   | 5,000  |                             |                            |                             |
|  | 住院療養保險金  |  | 1,000   | 2,000   | 2,000  |                             |                            |                             |
|  | 住院慰問保險金  |  | 2,000   | 2,000   | 2,000  |                             |                            |                             |
|  | 食物中毒慰問保險金  |  | 2,000   | 2,000   | 2,000  |                             |                            |                             |
| 附加<br>條款   | 輔助器具費用保險金  |  | 5萬  | 5萬  | 5萬   |                             |                            |                             |
|  | 燒燙傷回診保險金   |  | 1,000   | 2,000   | 2,000  |                             |                            |                             |
|  | 燒燙傷皮膚移植手術保險金   |  | 100萬  | 200萬  | 300萬   |                             |                            |                             |
| 投保計劃別【例:「A」為計劃A;「A1」為計劃A+計劃1】  |  |  | P13021  | P13022  | P13023   | P13024                      | P13025                     | P13026                      |
|  |  |  | <input type="checkbox"/> A                                  | <input type="checkbox"/> A1                                 | <input type="checkbox"/> B   | <input type="checkbox"/> B2 | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> C3 |
| 年繳<br>保險費  | 職業類別第一、二、三類  |  | 2,012   | 2,678   | 2,889  | 3,792                       | 4,639                      | 5,589                       |
|  | 職業類別第四類  |  | 4,098   | 5,496   | 5,874  | 7,777                       | -                          | -                           |
| 傷害保險續約約定附加條款   |  |  | <input type="checkbox"/> 同意附加 (若未勾選視為不同意附加)                 |   |  |                             |                            |                             |

**【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) 過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ 是 否，如是，請說明：

(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。

(二) 目前身體機能是否有下列障害？ 是 否，如是，請說明：

(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。

**【要保人與被保險人聲明事項】**

1. 本人(被保險人)同意中國信託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。  
 2. 本人(被保險人、要保人)同意中國信託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。  
 3. 本人(被保險人、要保人)同意中國信託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。  
 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中國信託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中國信託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，而中國信託產物保險股份有限公司仍承保者，中國信託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中國信託產物保險股份有限公司者，同意中國信託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」。  
 ※本人已知悉並明瞭『中國信託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)、109.12.31依金融監督管理委員會109年9月7日金管保產字第1090144145號函修正)條款之內容及約定。  
 ※中國信託產物保險股份有限公司保留最終承保與否之權利。

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/被保險人未成年者需其法定代理人簽名) 民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

| 核保 | 初核/輸入 | 服務人員 | 招攬人員填寫欄         |      |        |  | 保經、代公司簽章 |
|----|-------|------|-----------------|------|--------|--|----------|
|    |       |      | 單位              | 登錄字號 | 招攬人員簽名 |  |          |
|    |       |      | 業務來源(代號)： _____ |      |        |  |          |

-----以下非屬要保書內容-----

**【病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書】**

立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理或利用，除 貴公司「告知說明書」所列告知事項外，得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)為之。本人已瞭解若不同意 貴公司蒐集、處理或利用前述資料， 貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

此致  
 中國信託產物保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名： \_\_\_\_\_

法定代理人簽名： \_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨招攬人員報告書 (A&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 _____ | 客戶屬性:<br><input type="checkbox"/> 非專業客戶<br><input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三) | <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:<br>國籍 _____ | 客戶屬性:<br><input type="checkbox"/> 非專業客戶<br><input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三) | <input type="checkbox"/> 一般職業<br><input type="checkbox"/> 註一 所列職業 |

註一：專業服務提供者(律師、會計師、公證人等)、不動產經紀人/仲介、大使館、辦事處、領事館從業人員、寺廟/教會從業人員。  
以下行業及其董事、監察人、總經理或與其職責相當之人：博奕產業/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、虛擬通貨平台及交易業務事業(虛擬通貨與新臺幣、外國貨幣及大陸地區、香港或澳門發行之貨幣間之交換業者、進行虛擬通貨之移轉業者、保管、管理虛擬通貨或提供相關管理工具業者、參與及提供虛擬通貨行或銷售之相關金融服務業者。)線上遊戲事業、第三方支付服務業、海運燃油業。

註二：本報告書之部份問項係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。

註三：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移轉之委託投資資產；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台幣五千萬元以上。

1、要保人年收入與其他收入  0-50 萬  51-100 萬  101-150 萬  151-200 萬  201 萬以上 \_\_\_\_\_ 萬  
被保險人年收入與其他收入  0-50 萬  51-100 萬  101-150 萬  151-200 萬  201 萬以上 \_\_\_\_\_ 萬  
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： \_\_\_\_\_  
被保險人為學生者，請填寫父母或法定代理人年收入，請詳述父母或法定代理人之工作內容： \_\_\_\_\_

2、要保人與被保險人投保目的及需求：增加保障 風險轉移 退休規劃 員工福利 其他 \_\_\_\_\_

3、本次投保的保險費支出來源為：(可複選) 薪資 股票或基金 房租或利息 舊保單解除或終止契約 貸款或保單借款 其他 \_\_\_\_\_

4、被保險人與業務員的關係是：親戚，關係 \_\_\_\_\_ 朋友，認識 \_\_\_\_\_ 年 他人介紹 陌生拜訪  
主動投保，請簡要說明招攬過程： \_\_\_\_\_ 其他 \_\_\_\_\_

5、家中主要經濟來源為被保險人之：本人 配偶 父母 子女 其他 \_\_\_\_\_

6、被保險人身體健康狀況：正常/普通 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、機能障礙、盲、肢體缺損/畸形) ※請說明： \_\_\_\_\_

7、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？若否，請說明原因 \_\_\_\_\_ 是 否

8、被保險人是否已投保(或正在投保)其他商業保險？ 是 否

9、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) \_\_\_\_\_ 是 否

10、要保人及被保險人投保前三個月內是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款之情形 是 否

11、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 \_\_\_\_\_ 是 否

12、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 是 否

13、招攬人員已瞭解保險契約以電子保單形式出單者，至少應取得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足資傳遞電子文件之聯絡方式(保險契約係以電子保單型式出單者適用) 是 否

14、招攬人員已向要保人(單位)/被保險人詳細說明保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險 是 否

業務員招攬聲明事項：  
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。  
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、被保險人後作成本保險需求及適合度評估暨業務員報告書，如有不實致中國信託產險受損害時，願負賠償責任，特此聲明。

業務員補充說明：  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
招攬單位： \_\_\_\_\_ 招攬人員簽名： \_\_\_\_\_ 保經、代公司簽章： \_\_\_\_\_  
※個人執業之保經、代為業務招攬時，請於「招攬人員簽名欄」或「保經、代公司簽章欄」簽署。 中華民國： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日