



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

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。

符合經濟弱勢條件類別：

請填寫家庭成員類別：本人 配偶 子女  
父母 其他

保單號碼：第 號 本單係 第 號 續保

要保人	要保單位/ 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： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	聯絡電話：住家( )	公司( )	手機		

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/ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	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： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	職業代碼：	
	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：法定繼承人 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	聯絡電話	聯絡地址
				<input type="checkbox"/>				地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所/ <input type="checkbox"/> 同被保險人住所/ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>				地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所/ <input type="checkbox"/> 同被保險人住所/ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>				地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所/ <input type="checkbox"/> 同被保險人住所/ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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。

承保範圍	保險金額(NT\$)	年繳保險費(NT\$)
個人微型傷害保險	萬元	元

自動續約附加條款 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？(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。	<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。	<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】**

- 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。
- 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。
- 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。

※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。

要保人簽名： 法定代理人簽名/關係： 要保日期：  
被保險人簽名： (要/被保險人未滿20歲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	業務員填寫欄			保險經紀(代理)人簽署
			單位	登錄字號	姓名	
			業務來源(代號)：			

以下非屬要保書內容