

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	
要保單位	名稱	負責人		統一編號			
	處所						
	經營業務種類	連絡人		聯絡電話			
被保險人		共 幾人，詳被保險人名冊(含被保險人告知、聲明事項)					
身故保險金受益人		<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 被保險人之家屬(請於被保險人名冊中指定家屬姓名)					
保險期間:自民國 年 月 日午夜十二時起一年。							
要保人與被保險人關係				被保險人身分別			
<input type="checkbox"/> A 雇主與其員工關係。 <input type="checkbox"/> B 依法成立之合法合作社、協會、職業工會、聯合團體或聯盟與其成員關係。 <input type="checkbox"/> C 依法設立之金融機構或放款機構與其債務人關係。 <input type="checkbox"/> D 依法設立之學校與其學生關係。 <input type="checkbox"/> E 合法立案之社會福利慈善團體或機構與其服務對象關係。 <input type="checkbox"/> F 直轄市政府、縣(市)政府、鄉(鎮、市)公所、區公所、村(里)辦公室與其戶籍居民關係。 <input type="checkbox"/> G 合法立案之宗教團體與其成員或該團體服務對象關係。 <input type="checkbox"/> Z 凡非屬以上所列而具有法人資格之團體與其會員或成員關係。				<input type="checkbox"/> A 無配偶且全年綜合所得在新臺幣三十五萬元以下者。 <input type="checkbox"/> B 屬於夫妻二人之全年綜合所得在新臺幣七十萬元以下家庭之家庭成員。 <input type="checkbox"/> C 具有原住民身分法規定之原住民身分，或具有合法立案之原住民相關人民團體或機構成員身分或為各該團體或機構服務對象。 <input type="checkbox"/> D 具有合法立案之漁民相關人民團體或機構成員身分，或持有漁船船員手冊之本國籍漁業從業人或取得我國永久居留證之外國籍漁業從業人。 <input type="checkbox"/> E 為合法立案之社會福利慈善團體或機構之服務對象。 <u>註：該社會福利慈善團體或機構之服務對象全為身心障礙者，請改填代號H。</u> <input type="checkbox"/> F 屬於內政部工作所得補助方案實施對象家庭之家庭成員。 <input type="checkbox"/> G 屬於特殊境遇家庭扶助條例所定特殊境遇家庭或符合社會救助法規定低收入戶或中低收入戶之家庭成員。 <input type="checkbox"/> H 符合身心障礙者權益保障法定義之身心障礙者，或具有合法立案之身心障礙者相關人民團體或機構成員身分或為各該團體或機構服務對象。 <input type="checkbox"/> I 依農民健康保險條例投保農民健康保險之被保險人。 <input type="checkbox"/> J 符合老人福利法規定領取中低收入老人生活津貼之老人。 <input type="checkbox"/> Z 其他經主管機關認可之經濟弱勢者或特定身分者。			
保障項目				每人保險金額(NT\$)		保險費(NT\$)	
意外身故/失能保險金 (*每人累計微型保險保額最高以 50 萬元為限)							
						總保險費 (NT\$)	
<b>【要保人與被保險人聲明事項】</b>							
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之本人資料轉送產、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。							
<b>【要保人(被保險人)告知事項】</b> 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。							
※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。							
要保單位/負責人簽章:						要保日期:	
						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-----