



◎傷害醫療與住院日額**同時給付**
住院日額包含疾病及意外



◎燒燙傷病房
每日**1萬元**



◎重大燒燙傷及
皮膚移植手術**雙重保障**

商品 五大特色



◎海外突發疾病
加值保障



◎**7大項**重大疾病
初次罹患**100%給付**

保障項目	給付項目		方案一 (P401)	方案二 (P402)	方案三 (P403)	方案四 (P404)
意外傷害	一般意外身故失能		100萬	200萬	100萬	200萬
	重大燒燙傷皮膚移植手術		100萬	100萬	100萬	100萬
	重大燒燙傷給付		100萬	100萬	100萬	100萬
海外突發疾病	住院醫療費用及門診醫療費用		50萬	50萬	50萬	50萬
七大項重大疾病	1.癌症(重度) 2.腦中風後障礙(重度) 3.急性心肌梗塞(重度) 4.末期腎病變 5.冠狀動脈繞道手術 6.癱瘓(重度) 7.重大器官移植或造血幹細胞移植		-	-	100萬	100萬
住院日額	一般病房日額	意外傷害醫療保險金(最高90日)	1,500/日	1,500/日	-	-
		住院日額保險金(最高365日)	-	-	1,500/日	1,500/日
	加護病房日額 (含一般住院病房)	意外傷害醫療保險金(最高90日)	5,000/日	5,000/日	-	-
		住院日額保險金(最高365日)	-	-	5,000/日	5,000/日
	燒燙傷病房日額 (含一般住院病房)	意外傷害醫療保險金(最高90日)	10,000/日	10,000/日	-	-
		住院日額保險金(最高365日)	-	-	10,000/日	10,000/日
意外醫療	傷害醫療實支實付		3萬	3萬	3萬	3萬
意外慰問金	住院慰問金(連續住院5日(含)以上)		2,000/次	2,000/次	2,000/次	2,000/次
	食物中毒慰問金		3,000/次	3,000/次	3,000/次	3,000/次
意外責任	個人責任保險		50萬	100萬	50萬	100萬
	臨時住宿費用		1,000	2,000	1,000	2,000
續保	保險期間屆滿時，經本公司同意續保後，要保人得交付保險費，以使本保險契約繼續有效					

商品 文號

97.11.10泰安(97)精企字第499號函備查、97.11.10泰安(97)精企字第500號函備查、98.12.09泰安(98)精企字第530號函備查、101.10.01(101)精企字第353號函備查、103.05.01依103.01.22金管保壽字第10202131810號函逕行修訂、104.09.04依104.06.24金管保壽字第10402049830號函逕行修訂、104.09.04依104.07.02金管保產字第10402523520號函逕行修訂、105.04.06(105)精企字第121號函備查、105.04.06(105)精企字第126號函備查、105.04.06(105)精企字第127號函備查、105.04.06(105)精企字第128號函備查、105.04.06(105)精企字第129號函備查、105.04.06(105)精企字第130號函備查、105.04.06(105)精企字第131號函備查、105.05.30(105)精企字第166號函備查、105.05.30(105)精企字第168號函備查、107.08.15依107.06.07金管保壽字第10704158370號函逕行修訂

給付 項目

身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金、重大燒燙傷皮膚移植手術給付、重大燒燙傷給付、食物中毒慰問保險金、一般傷害醫療保險金日額給付、加護病房傷害醫療保險金日額給付、燒燙傷病房傷害醫療保險金日額給付、傷害醫療實支實付保險金給付、住院慰問保險金、海外突發疾病住院醫療費用保險金、海外突發疾病門診醫療費用保險金、重大疾病保險金、住院日額醫療保險金、加護病房增額保險金、燒燙傷病房增額保險金、個人責任保險金、臨時住宿費用補償保險金

泰安產物保險
TAIAN INSURANCE

公司地址：台北市館前路59號
免費申訴電話：0800-012-080

一年期保險費(NT)

年齡	方案一 (P401)				方案二 (P402)				方案三 (P403)				方案四 (P404)			
	首期		續期		首期		續期		首期		續期		首期		續期	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
0-14歲(A)	2,755				2,926				5,037	4,456	5,292	4,659	5,208	4,627	5,463	4,830
15-19歲(B)	3,484				4,386				4,909	4,461	5,119	4,640	5,811	5,363	6,021	5,542

專案投保注意事項

- 1.限售未投保泰產險健康傷害險專案之人士。
2.投保年齡為0歲至未滿20歲。(未滿1歲需檢附兒童問卷或兒童健康手冊)。
3.15歲(含)以上至未滿20歲者須為在學學生身份。
4.方案一、二為傷害險方案(投保年齡以實際年齡計算)；方案三、四為傷害+健康險方案(投保年齡以保險年齡計算)。
5.疾病等待期間：一年定期重大疾病與一年期住院日額醫療保險，首年投保者，皆有30天等待期間限制，續保則無。倘若被保險人投保時之保險年齡為0歲者，罹患新生兒先天性代謝異常疾病診斷項目之疾病(依行政院衛生福利部國民健康署公告)，不受前述30天等待期間之限制。(精神疾病住院者每次住院日額最高給付90日)。
6.本保險以一年為期，自泰產險承保通過並確認保險費繳交無誤後，以填寫要保書當日午夜十二時生效。保險期間未填寫或所填寫之日期早於保經代收件日者，核保通過後以收件章或收訖要保書傳真當日午夜十二時起生效。
7.本保險商品非保證續保，續保時泰產險公司仍保留核保之權利。其他未盡事宜，悉依保單條款及該公司核保規定辦理。
8.海外突發疾病之定義：係指被保險人非以獲得海外醫療為目的，須即時在海外醫療機構診療始能避免損害身體健康之疾病，且在本保險契約生效前一百八十天以內未曾接受該疾病之治療者。

- 9.本商品依保險法之規定受保險安定基金之保障。非銀行存款，不受存款保險之保障。
10.因本商品所生之糾紛，請向泰產險客戶服務中心(免費服務專線：0800-012-080)或各分支機構提出申訴。泰產險若未於30日內為適當處理或不為處理，消費者即可於30日屆滿之日起60日內向財團法人金融消費者評議中心申請評議。
11.本專案係由泰產險承保，該商品之一切權利義務及責任，悉以保單條款內容為準。有關本商品之詳細內容請參閱保單條款，消費者可向泰產險業務員及各分支機構(<http://www.taian.com.tw>)索取或閱覽。
12.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36.0%，最低32.8%；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：0800-012-080)或網站(網址：<http://www.taian.com.tw>)，以保障您的權益。
13.泰產險為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益，有關該公司資訊公開說明事項，請至該公司網址(<http://www.taian.com.tw>)查閱，或至該公司總分支機構查閱及索取資訊公開說明之書面文件。免費申訴電話：0800-012-080。
14.消費者雖有住院事實，但本公司仍有可能會參據醫學專業意見，審視住院必要性，因此不一定能獲得理賠。

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

- 泰安產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)依據個人資料保護法(以下簡稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：
- 一、蒐集之目的：
- (一)財產保險(0九三)。
- (二)人身保險(00一)。
- (三)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、蒐集之個人資料類別：
- 識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、教育程度及其他專業、受僱情形、財務細節等，包含要保人、被保險人、受益人、或責任險第三人之姓名、身分證字號、出生年月日、護照號碼、婚姻、家庭、教育、職業、病歷、醫療、健康檢查、聯絡方式、財務狀況等資料及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。
- 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)信用卡持卡人(繳交保險費)。
- (五)各醫療院所。
- (六)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(包括業務委外機構、金融機構、及保險代理人、公證人等保險輔助人)。
- 四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式
- (一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。

- (二)對象：
- 本公司、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、業務委外機構(含保險代理人、保險公證人等保險輔助人)，與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (三)地區：
- 上述對象所在地區。
- (四)方式：
- 合於法令規定之利用方式。
- 五、依據個資法第三條規定， 台端就本公司保有 台端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、台端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)：
- 台端若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 台端相關服務或給付。

瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨業務員報告書【人身保險】

要保人姓名	被保險人姓名 (同為要保人免填)	3.家中主要經濟來源者： ☐ 要保人 ☐ 被保險人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 其它 _____ (請說明)。												
國籍： ☐ 本國 ☐ 外國 _____ (請說明)	國籍： ☐ 本國 ☐ 外國 _____ (請說明)	4.要/被保險人是否投保其他商業保險？..... ☐ 是 ☐ 否												
★過去一年是否居住於中華民國境外超過半年以上： ☐ 否 ☐ 是→請註明國家 _____。	★過去一年是否居住於中華民國境外超過半年以上： ☐ 否 ☐ 是→請註明國家 _____。	5.本保單之規劃，要/被保險人是否已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之相當性(適合度)？..... ☐ 是 ☐ 否												
★是否為國內、外或國際組織之重要政治性職務人士(含家庭成員或密切關係者)： ☐ 否 ☐ 是→請勾選 ☐ 本國 ☐ 外國 法人/團體 負責人姓名： (要保人為自然人免填)	★是否為國內、外或國際組織之重要政治性職務人士(含家庭成員或密切關係者)： ☐ 否 ☐ 是→請勾選 ☐ 本國 ☐ 外國 法人/團體 負責人姓名： (人身保險免填)	6.要保書內容與要/被保險人提供之身分證明文件(身分證/護照/駕照或其他足資證明身分之文件等)是否相符？... ☐ 是 ☐ 否												
登記(註冊)地： ☐ 本國 ☐ 外國 _____ (請說明)	登記(註冊)地： ☐ 本國 ☐ 外國 _____ (請說明)	7.招攬時，已向要保人說明本次購買保險商品內容、繳納保費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容？ ☐ 是 ☐ 否												
投保險種： 同要保書險種	與要保人關係： ☐ 本人 ☐ 其它 _____ (請說明)	8.招攬時，已親晤要/被保險人法定代理人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤？..... ☐ 是 ☐ 否												
★職業/行業別： ☐ 一般職業 或 ☐ 下所述列職業	★職業/行業別： ☐ 一般職業 或 ☐ 下所述列職業	9.招攬時，已向要保人或被保險人確認要/被保險人及被保險人與受益人間之身分關係？..... ☐ 是 ☐ 否												
律師/會計師/公證人(或其合夥人、受僱人)/不動產經紀人/當舖、銀樓或融資從業人員/藝術品(古董)交易商/買賣(交易)商/基金(協會/宗教人士)/匯款公司或外幣兌換所/虛擬貨幣發行者/軍火(製造)商/寶石及貴金屬交易商/外交使館(人員)/駐外辦事處(人員)/外國政府單位(人員)/博奕產業(場所)人員。		10.身故受益人是否指定為配偶、直系親屬或法定繼承人，且順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？..... ☐ 是 ☐ 否 → ☐ 適用勞動基準法59條規定 ☐ 其它 _____ (請說明)。												
1.招攬經過： (1)本契約經由： ☐ 陌生拜訪 ☐ 親朋好友 ☐ 家屬 ☐ 他人介紹 ☐ 主動投保 ☐ 其它 _____ (請說明)。 (2)要/被保險人投保目的及需求：(可複選) ☐ 保障 ☐ 子女教育經費 ☐ 退休規劃 ☐ 房屋貸款 ☐ 其它 _____ (請說明)。		11.其他有利於核保之資訊？ ☐ 否 ☐ 是 _____ (請說明)。												
2.要保人與被保險人財務狀況： (以阿拉伯數字填寫)		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金或具高現金價值或繳納保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？ ☐ 是 ☐ 否												
<table><tr><th></th><th>要保人</th><th>被保險人(如為要保人無須填寫)</th></tr><tr><td>個人年收入</td><td>新臺幣約 萬元</td><td>新臺幣約 萬元</td></tr><tr><td>家庭年收入</td><td>新臺幣約 萬元</td><td>新臺幣約 萬元</td></tr><tr><td>資產(含動產與不動產)</td><td>新臺幣約 萬元</td><td>新臺幣約 萬元</td></tr></table>		要保人	被保險人(如為要保人無須填寫)	個人年收入	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元	家庭年收入	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元	資產(含動產與不動產)	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元		13.業務員聲明如下：(1)本人招攬時確已當面核對要/被保險人及法定代理人身分證明文件，並由要/被保險人及法定代理人親自簽名無誤。(2)本人具有招攬資格，並已於招攬時評估要/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之相當性、投保目的及需求並完成適合度分析，要保人確已瞭解其所繳保費所購買保險商品之險種、內容及金額。(3)本人招攬時確已遵守相關法令規範，如有不實致所屬保經/代公司或保險公司受損時，願負賠償責任。 ※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，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。
	要保人	被保險人(如為要保人無須填寫)												
個人年收入	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元												
家庭年收入	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元												
資產(含動產與不動產)	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元												
*要/被保險人已婚者，家庭年收入欄填寫夫妻年收入總和；要/被保險人為未成年或學生，家庭年收入欄填寫父母或法定代理人年收入總和。		招攬單位：_____ 業務員簽名：_____ 簽署人簽名：_____												

泰安產物保險股份有限公司保險費繳款約定書

保單號碼(由保險公司核保人員於核保通過後填寫)

被保險人姓名	被保險人身分證字號
【信用卡扣繳授權約定條款】 ☐ 本卡限支付首期保費時請勾選	
立授權書人(以下簡稱本人)同意自泰安產物保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)同意承保後，自下述信用卡支付本期及續期(保)應繳付之保險費予貴公司，且本授權書效力不因指定之保險契約保險費發生變動而受影響，但如因授權書內容填寫錯誤或其他原因致無法扣保險費，本授權書效力立即終止，但其情形得以補正者不在此限。若信用卡因故毀損或掛失，或有效期間屆滿等原因而製作新卡，本授權書對新卡仍具效力；若若信用卡卡號因此變更者，本人同意立即通知貴公司，本授權書之效力繼續有效，以利保險費之收取。本授權書未記載事項，依相關法令辦理。	
【授權資料】 (限使用要保人、被保險人或受益人之信用卡)	
信用卡持卡人與被保險人關係： ☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 直系親屬 ☐ 其他 _____	信用卡種類： ☐ VISA ☐ MASTER ☐ 聯合信用卡 ☐ JCB
發卡機構：_____ 銀行	信用卡有效期限：至西元_____年_____月_____止
信用卡卡號：_____	保險費金額：新台幣_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整
持卡人本人親自簽名：_____ (請與信用卡簽章相同，且此簽章表示已詳閱並同意本約定條款)	持卡人身分證字號：_____ (如為被保險人或要保人可免填)

泰安產物健康傷害暨個人綜合保險要保書

一、基本資料 (請以正楷填寫，如有塗改，請要保人於塗改處簽名確認) 要保書文號：107.07.05(107)精企字第150號函送保險商品資料庫

要保人資料	姓 名											身分證字號									出生日期	民國	年	月	日
	住 所 (保單寄送地址)	(本公司催告及有關各項通知之送達以住所地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)																		E - mail					
	聯絡電話	手機：() 住家：() 公司：()																		性 別	☐ 男 ☐ 女				
被保險人資料	姓 名	□同要保人(以下免填)										身分證字號									出生日期	民國	年	月	日
	住 所 (保單寄送地址)	(本公司催告及有關各項通知之送達以住所地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)																		與要保人 關 係					
	聯絡電話	手機：() 住家：() 公司：()																		性 別	☐ 男 ☐ 女				
身故受益人	☐ 法定繼承人 (其順位及應得保險金比例適用民法繼承編相關規定)																								
			姓 名				身分證字號				與被保險人關係				聯絡電話				住所或聯絡地址						
☐ 指定受益人 保險金分配方式請擇一勾選																									
☐ A.均分 ☐ B.按填寫順位 ☐ C.比例：(1) _____%(2) _____%(3) _____% ※如受益人為二人以上時，請勾選保險金分配方式，如未註明，本公司以均分辦理。																									
除身故或喪葬費用保險金以外，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。																									

二、被保險人投保經歷

1. 是否曾申請投保人身保險或在保單申請復效時，被加費、附條件承保或拒保、延期之情形？若「是」請詳列公司名稱、申請日期、原因： ☐ 是， ☐ 否
2. 除本契約外，是否已經購買其他公司之人身保險，若「是」，請詳列保險公司名稱、險種(含壽險、意外險、醫療險等)、保險金額、投保日期等資料： ☐ 是， ☐ 否
3. 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 (請勾選)？ (一) 實支實付型傷害醫療保險： ☐ 是， ☐ 否 (二) 實支實付型醫療保險： ☐ 是， ☐ 否
4. 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明 (請勾選)？ ☐ 是， ☐ 否 (如勾選是者，請提供。)
5. 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？ ☐ 是， ☐ 否 (如勾選是者，請提供相關證明文件。)

三、投保泰安產物一年期住院日額醫療保險，除外之「先天性疾病」列示如下，詳細內容仍以保單條款為準，惟如非保單條款附件所明列之除外先天性疾病，則仍視為承保範圍。

國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱
740	無腦症及類似畸形	745	先天性心球(胚胎)及心臟中隔閉合之畸形	750	其他先天性上消化道之畸形	755	四肢之其他先天性畸形
741	脊椎裂	746	其他先天性心臟之畸形	751	消化系統之其他先天畸形	756	其他先天性肌肉骨骼畸形
742	神經系統之其他先天性畸形	747	其他先天性循環系統之畸形	752	生殖器官之先天畸形	757	外皮之先天畸形
743	先天性眼瞤畸形	748	先天性呼吸系統畸形	753	泌尿系統先天畸形	758	染色體異常
744	先天性耳、臉及頸部之畸形	749	顎裂及唇裂	754	先天性肌肉骨骼變形	759	其他之先天異常

四、保險資料

※本公司健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，不論保險契約是否已領有任何一種保險金，本公司應主動退還未到期保險費給要保人。

商品名稱			□方案一 (P401)	□方案二 (P402)	□方案三 (P403)	□方案四 (P404)
主保險 契約	金平安個人傷害保險	一般意外身故(失能)保險金	100萬	200萬	100萬	200萬
		重大燒燙傷皮膚移植手術	100萬	100萬	100萬	100萬
附加 條款	傷害醫療保險金附加條款(實支實付型)		3萬	3萬	3萬	3萬
	傷害醫療保險金 附加條款 (住院日額型)	一般傷害醫療保險金日額	1,500/日	1,500/日	-	-
		加護病房傷害醫療保險金日額 (含一般住院日額)	5,000/日	5,000/日	-	-
		燒燙傷病房傷害醫療保險金日額 (含一般住院日額)	10,000/日	10,000/日	-	-
	重大燒燙傷給付附加條款		100萬	100萬	100萬	100萬
	海外突發疾病醫療保險金附加條款		50萬	50萬	50萬	50萬
	住院慰問保險金附加條款		2,000/次	2,000/次	2,000/次	2,000/次
食物中毒慰問保險金附加條款		3,000/次	3,000/次	3,000/次	3,000/次	
主保險 契約	最新一年定期重大疾病保險(甲型)		-	-	100萬	100萬
	一年期住院日額醫療保險		-	-	1,500/日	1,500/日
附加 條款	一年期住院日額醫療 保險加護病房暨燒燙 傷病房增額附加條款	加護病房(含一年期住院日額)	-	-	5,000/日	5,000/日
		燒燙傷病房(含一年期住院日額)	-	-	10,000/日	10,000/日
主保險 契約	個人綜合保險	個人責任保險	50萬	100萬	50萬	100萬
		臨時住宿費用補償保險	1,000	2,000	1,000	2,000
一年期保險費 (NT\$)						
保險期間	中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午夜十二時起 一年整					

被保險人告知事項

依保險法64條規定，要保人及被保險人對於保險人之書面詢問事項，應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，而影響危險評估，則本公司得解除契約且無須退還所交之保險費；保險事故發生後亦同。為保障您的權益，應親自填寫要保書。

依保險法第127條規定，保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對這項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。

身 高		公分	體 重		公斤	
任職機構			職 稱			
詳細工作內容 (兼職內容)			職業分類代碼(小分類) (本欄由保險公司填寫)			
投保[健康保險]者，請回答第1至8項：			5、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。			☐ 是 ☐ 否
1、過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告以供參考)		☐ 是 ☐ 否	6、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？			☐ 是 ☐ 否
2、最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？		☐ 是 ☐ 否	[女性被保險人]，請回答第 7、8 項：			
3、過去五年內，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140mmHg或舒張壓90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 ②腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙（外表無法明顯判斷者）、巴金森氏症、精神病。 ③肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 ④肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT值超過35 IU/L以上)。 ⑤腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 ⑥視網膜出血或剝離、視神經病變。 ⑦癌症(惡性腫瘤)。 ⑧血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 ⑨糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。 ⑩紅斑性狼瘡、膠原症。 ⑪愛滋病或愛滋病帶原。		☐ 是 ☐ 否	7、過去一年內是否曾患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？			☐ 是 ☐ 否
			8、是否已確知懷孕?如是，已經幾週?			☐ 是 ☐ 否
投保[傷害保險]者，請回答第 9、10 項：						
			9、過去二年內是否曾因患有以下疾病，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。			☐ 是 ☐ 否
4、過去一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酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 ②食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 ③肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 ④慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 ⑤痛風、高血脂症。 ⑥青光眼、白內障。		☐ 是 ☐ 否	10、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0.3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(手指、足趾)缺損或畸形。			☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否
上列問題答「是」者，請說明病名、就診大約時間、治療結果、醫院名稱及目前狀況：						
六、要保人與被保險人聲明事項 (一) 本人（被保險人）同意 貴公司得蒐集、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 貴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 貴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 貴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 貴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 貴公司仍承保者，貴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 貴公司者，同意 貴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。						
七、保單條款樣本及其他重要文件、重要聲明 本人（要保人）已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。 此致 泰安產物保險股份有限公司 要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ (請親自簽名) (未滿20足歲之要/被保險人均須法定代理人簽名確認) 被保險人簽名：_____ 要 保 日 期：_____年_____月_____日 (請親自簽名)						
【注意事項】 1.依保險法第107條及第135條規定，以未滿15足歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿15足歲之日起發生效力。投保本保險未滿15足歲僅適用失能保險金。 2.對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或其有關之行動，不論其是否有其他原因或事件同時或先後介入所致被保險人死亡或失能，本公司對被保險人投保本公司附加有「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之全部傷害保險(含主契約及附約)之給付金額，合計給付最高以新台幣貳佰萬元為限。(92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准) 3.配合保險法第29條規定，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。						
本公司批註欄						

以下由保險業務員填寫			保險代理人/ 經紀人簽署章	以下由泰安產物保險公司填寫		
姓名(正楷/親簽)	登錄證字號	單位		經手代號	業務來源	統計代號
聯絡電話	收件日期	備註		保經代代號	核保人員	輸入人員