



國泰世紀產物保險股份有限公司

總公司：台北市仁愛路四段296號

免費服務電話：0800-036-599按2



A00110501

查閱本公司資訊公開說明文件網址：www.cathayholdings.com/insurance

國泰產物個人保險要保書

103年7月15日企字第200-413號函送保險商品資料庫
105.09.01(105)企字第200-279號函送保險商品資料庫

※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。

受理編號：01105223

保險單號碼		字第	號(本公司填)	<input type="checkbox"/> 1.新保	<input type="checkbox"/> 2.續保·原保單號碼：
要保人	姓名或名稱	彭震雲			
	身分證字號或統一編號	A100050930	要保單位負責(代表)人		
	出生日期	民國 042 年 02 月 16 日(年齡： 64)	性別	1. <input checked="" type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女	
	關係	被保險人之： <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶 <input type="checkbox"/> 3.父母 <input type="checkbox"/> 4.子女 <input checked="" type="checkbox"/> 5.僱佣 <input type="checkbox"/> 6.其他			
	聯絡電話	電話：()	分機	手機：0920356401	
	住所(通訊處)	新莊市新莊區中興路一段20巷12號2F			
電子信箱			保單型式(擇一)： <input type="checkbox"/> 1.電子保單 <input type="checkbox"/> 2.紙本保單 *選電子保單者必填手機及電子信箱，若有缺漏則改發紙本。 *兩項均勾選者視同選電子保單，均未勾選視同選紙本保單。 *若因本公司特殊狀況而無法提供電子保單時，得改發紙本。		
被保險人	姓名	DESTI YANINGRUM			
	身分證字號	F030042267	性別	1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input checked="" type="checkbox"/> 女	
	出生日期	<input type="checkbox"/> 同要保人	民國 81 年 12 月 17 日(年齡： 25)		
	聯絡電話	電話：() 0920356401		分機	手機：
	住所(通訊處)	<input type="checkbox"/> 同要保人			
身故受益人	工作內容	家庭看護			
	服務單位	名稱			職業代碼
		營業內容			危險分類 (本公司填)
	兼職(未勾視為無兼職)	<input checked="" type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有·內容：			
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？(請勾選，若未勾選者，視為無身心障礙)			<input checked="" type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是·如勾選是者，請提供。		
身故受益人	<input checked="" type="checkbox"/> 1.法定繼承人 指定： <input type="checkbox"/> 2.一人 <input type="checkbox"/> 3.順位 <input type="checkbox"/> 4.比例 (勾選2~4者，請續填下欄)				
	受益人姓名	關係(為被保險人之)	順位	比例%	通訊處*未填寫者，視為同要保人資料
		<input type="checkbox"/> 1.配偶 <input type="checkbox"/> 2.父母 <input type="checkbox"/> 3.子女 <input type="checkbox"/> 4.兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 5.其他			電話：() 分機 地址： <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1.配偶 <input type="checkbox"/> 2.父母 <input type="checkbox"/> 3.子女 <input type="checkbox"/> 4.兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 5.其他			電話：() 分機 地址： <input type="text"/>	



A00210501

保險期間	12個月·自民國 年 月 日午夜12時起至民國 年 月 日午夜12時止		
繳費方式 (擇一)	1. 信用卡授權扣款 - <input type="checkbox"/> a含本次及未來續保 <input type="checkbox"/> b僅限本次(續期須重新填寫); 請另填授權書。 2. 現金、支票或匯款 - <input type="checkbox"/>		
險別	保障項目	保險金額	保險費
新 傷 害 險	一般意外身故殘廢保險金(必須投保) ※保險始期日被保險人未滿15足歲者, 僅給付殘廢保險金	\$50 萬元	
	實支實付型傷害醫療保險金	最高 萬元	
	日額型傷害醫療保險金 (每事故最高90日)(含骨折未住院)	\$1,000 元/日	
投保計畫 (請填型別)	如上所列各項保額 (未填欄位則視為不投保)	核定保費 (新台幣元)	\$725 / 本保險適用「國泰產物個人續保附加條款」, 到期前依本公司出具之同意續保通知書繳交保費後, 本公司應繼續承保並製發保單暨收據。
要(被)保人聲明事項			
<p>一、本人(被保險人)同意國泰產險得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。</p> <p>二、本人(被保險人、要保人)同意國泰產險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。</p> <p>三、本人(被保險人、要保人)同意國泰產險就本人之個人資料, 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。</p> <p>※本要保書書面詢問之告知事項係本人(被保險人、要保人)親自填寫, 均屬詳實無訛, 絕無隱匿或偽報情事; 如有隱匿或不實之說明, 國泰產險得依保險法第六十四條解除本契約, 保險事故發生後亦同。</p> <p>※本人於填寫要保書時, 已審閱國泰產險所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「投保須知」及「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。</p> <p>※「國泰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)、99.03.31(99)企字第200-129號函備查)內容約定最高給付金額為新台幣200萬。</p> <p>※被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時, 本公司將依各該契約條款之約定返還未到期保險費予要保人。</p> <p>※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。</p>			



國泰世紀產物保險股份有限公司

- 保險經紀人股份有限公司
- 保險代理人股份有限公司
- 銀行股份有限公司

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司得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，就本人個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，於確定或履行 貴公司與本人間之財產保險及人身保險保險契約義務特定目的之必要範圍內為之。

本人瞭解若不同意前述事項時， 貴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、延遲或無法提供相關服務或理賠給付等。

此致

國泰世紀產物保險股份有限公司

- 保險經紀人股份有限公司
- 保險代理人股份有限公司
- 銀行股份有限公司

立同意書人簽名

(即被保險人，未滿七歲者由法定代理人代簽)：

法定代理人(被保險人未成年者)簽名：

中華民國 106 年 3 月 3 日



轄 區	被保險人姓名	身分證字號												
投保健康、傷害險者填答下列1~9題														
<p>1.要保人與被保險人關係(要保人為被保險人之):</p> <input type="checkbox"/> ①本人 <input type="checkbox"/> ②配偶 <input type="checkbox"/> ③子女 <input type="checkbox"/> ④父母 <input checked="" type="checkbox"/> ⑤僱傭 <input type="checkbox"/> ⑥其他 _____					<p>4.投保目的與需求:</p> <input type="checkbox"/> ①增加保障 <input checked="" type="checkbox"/> ②風險移轉 <input type="checkbox"/> ③子女教育經費 <input type="checkbox"/> ④房屋貸款 <input type="checkbox"/> ⑤其他 _____									
<p>2.受益人與被保險人關係:</p> <input checked="" type="checkbox"/> ①法定繼承人(其順位及應得比例適用民法繼承編規定) <input type="checkbox"/> ②配偶 <input type="checkbox"/> ③直系親屬 <input type="checkbox"/> ④兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> ⑤其他 _____					<p>5.招攬經過:</p> <input type="checkbox"/> ①招攬投保 <input checked="" type="checkbox"/> ②職域開拓 <input type="checkbox"/> ③親友介紹 <input type="checkbox"/> ④陌生拜訪 <input type="checkbox"/> ⑤主動投保 <input type="checkbox"/> ⑥其他 _____									
<p>3.要/被保險人或家中主要經濟者之財務狀況:</p> <p>(1)年收入與其他收入:</p> <input type="checkbox"/> ①25萬以下 <input checked="" type="checkbox"/> ②26~50萬 <input type="checkbox"/> ③51~75萬 <input type="checkbox"/> ④76~100萬 <input type="checkbox"/> ⑤101~125萬 <input type="checkbox"/> ⑥126萬以上 <p>(2)財務與資產狀況:</p> <input checked="" type="checkbox"/> ①25萬以下 <input type="checkbox"/> ②26~50萬 <input type="checkbox"/> ③51~75萬 <input type="checkbox"/> ④76~100萬 <input type="checkbox"/> ⑤101~125萬 <input type="checkbox"/> ⑥126萬以上 <p>(3)家中主要經濟者姓名: _____</p> <p>為被保險人之:</p> <input type="checkbox"/> ①本人 <input type="checkbox"/> ②配偶 <input type="checkbox"/> ③父母 <input type="checkbox"/> ④子女 <input type="checkbox"/> ⑤其他 _____					<p>6.要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險:</p> <input checked="" type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是。公司名稱: _____ <p>7.被保險人婚姻狀況:</p> <input checked="" type="checkbox"/> ①未婚 <input type="checkbox"/> ②已婚 <input type="checkbox"/> ③分居 <input type="checkbox"/> ④離婚 <input type="checkbox"/> ⑤同居 <input type="checkbox"/> ⑥獨居 <p>8.您認識被保險人多久?</p> <input type="checkbox"/> ①2個月內 <input type="checkbox"/> ②6個月內 <input type="checkbox"/> ③6個月~1年 <input type="checkbox"/> ④1~2年 <input checked="" type="checkbox"/> ⑤2年以上 <p>9.是否親見要/被保險人皆親自簽名?</p> <input checked="" type="checkbox"/> ①是 <input type="checkbox"/> ②否,原因: _____									
投保健康險者須加填答10~13題														
<p>10.生活習慣:</p> <p>(1)飲酒: <input checked="" type="checkbox"/>①否 <input type="checkbox"/>②是(酒名: _____;每次約 _____ 瓶)</p> <p>(2)吸煙: <input checked="" type="checkbox"/>①否 <input type="checkbox"/>②是(每日約 _____ 包)</p> <p>(3)嚼檳榔: <input checked="" type="checkbox"/>①否 <input type="checkbox"/>②是(每日約 _____ 顆)</p> <p>11.身體健康狀況:</p> <input checked="" type="checkbox"/> ①正常/普通 <input type="checkbox"/> ②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、智障、盲、肢體殘缺/畸形) 說明: _____					<p>12.家族病史:</p> <p>被保險人 <input type="checkbox"/>①父母 <input type="checkbox"/>②子女 <input type="checkbox"/>③兄弟姊妹是否於50歲前罹患下列疾病? <input type="checkbox"/>①否 <input type="checkbox"/>②是</p> <p>(<input type="checkbox"/>①糖尿病 <input type="checkbox"/>②腦中風 <input type="checkbox"/>③肝癌 <input type="checkbox"/>④高血壓 <input type="checkbox"/>⑤大腸癌 <input type="checkbox"/>⑥乳癌)</p> <p>目前狀況: _____</p> <p>13.現症及既往症: <input type="checkbox"/>①無 <input type="checkbox"/>②有 詳細狀況: _____</p>									
業務員聲明事項														
<p>※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。</p> <p>※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、被保險人後作成本業務員報告書暨保單適合度分析表,如有不實致國泰產險受損害時,願負賠償責任,特此聲明。</p> <p style="text-align:center;">中華民國 106 年 > 月 > 日</p>														
產險業務員親簽: _____ 業務員證號: _____ 手機號碼: _____ 備註: _____					保經代通路專用					保經代簽署章: _____ 保經代業務員親簽: _____ 保經代業務員證號: _____ 手機號碼: _____				



A14010501

要(被)保人告知事項

是 否

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。
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

二、目前身體機能是否有下列障害？

1. 失明或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O·三以下。
2. 啞或聾或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。
3. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。
4. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。

 是 否

※被保險人現在及過去之健康情形若有上列一~二項所述的情況，請詳填：

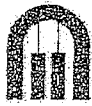
●病名(外傷者，含受傷部位) ●就診醫院 ●就診大約期間 ●診療過程(門診或住院) ●有無手術 ●有無後遺症

要保人簽名： 彭雲云

被保險人親自簽名：
(未滿七歲者由法定代理人代簽)法定代理人簽名：
(被保險人未成年者)

中華民國 年 月 日

國泰產險內部專用	核保	產險業務員： _____ (親簽)	保經代簽署章	保經代業務員： _____ (親簽)
	經辦	產險業務員證號： _____		保經代業務員證號： _____
		轄區代號： _____ 換P、C: <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否		保經代代號： _____ 分支名稱及代碼： _____
		業務來源代號： _____		保經代受理編號： _____
		通路別： _____		產險服務人員證號： _____
		備註： _____		業務來源： _____ 轄區： _____



德成保險經紀人股份有限公司保險費授權書

(授權書)本人同意由信用卡扣繳應支付德成保險經紀人股份有限公司之上述總保費，並依照信用卡使用約定條款予發卡銀行。

授權碼：
信用卡種類： 聯合信用卡 VISA CARD MASTER CARD JCB CARD

信用卡卡號：
持卡人身份證字號：
4 6 8 2 3 6 5 8 2 0 5 0 1 / 1 6

持卡人生日：民國 60 年 10 月 26 日
信用卡有效日期：西元 2021 年 02 月止

持卡人聯絡電話：(H) 033195252 (0) (手) 0920899666

保險費總金額：新台幣 拾 萬 玖 仟 伍 佰 捌 拾 一 元 正

保單號碼： 被保險人：DESIYANINGRUM

持卡人簽名： 羅建寧 (簽名請與信用卡簽名相同)

申請日期：民國 106 年 3 月 3 日

註：本項交易若未獲聯合信用卡處理中心核准，本保險費彙帳單自動失效，德成保險經紀人股份有限公司得重行收費。

繳費方式：可用刷卡或匯款二擇一 (如採用刷卡方式，請直接傳真至本公司即可)
德成保險經紀人股份有限公司 聯絡電話：(02)2546-4000 傳真專線：(02)8770-5478
銀行帳號：合作金庫銀行民生分行 帳戶號碼：0936717166405