



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。
本保險為非保證續保之保險商品。本商品無疾病等待期間。

保單號碼:		第	號係	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			
	電子保單 (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 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 (若同意設定電子保單,行動電話或E-Mail二擇一必填)		
被保險人 <small>(可免填右述欄位) 同要保人請勾選</small>	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	
	身分證字號:			國籍: <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	E-mail (若同意設定電子保單,行動電話或E-Mail二擇一必填)	
	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			
	服務單位:	職稱:	婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚			
	工作性質:	兼職:	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					
各項保險金之受益人依條款約定為被保險人本人。 ※被保險人身故時,如有尚未給付之保險金部份,其給付對象則依本保險契約條款約定。						
保險期間:自民國 年 月 日午夜十二時起一年。						
專案代號		H10001+VIP03	H10002+VIP03	H10003+VIP03		
承保範圍/保險金額		單位:新臺幣/元	<input type="checkbox"/> 計劃一	<input type="checkbox"/> 計劃二	<input type="checkbox"/> 計劃三	
法定傳染病醫療 及費用補償保險	法定傳染病住院日額保險金(最高給付45日)		-	2,000	2,000	
	法定傳染病負壓隔離病房或加護病房醫療保險金(最高給付45日)		-	2,000	2,000	
	法定傳染病關懷保險金(同一法定傳染病限一次)		6萬	2萬	6萬	
	法定傳染病隔離費用補償保險金(同一法定傳染病限一次)		2萬	1萬	2萬	
年繳保險費			606	581	895	
嚴重特殊傳染性肺炎 疫苗接種保障綜 合保險	喪葬費用保險	定額給付	30萬	30萬	30萬	
	住院日額保險	每劑最高給付14日	3,000	3,000	3,000	
	加護病房保險	每劑限一次	3萬	3萬	3萬	
	出院慰問保險	每劑限一次	6,000	6,000	6,000	
年繳保險費			211	211	211	
年繳保險費合計			817	792	1,106	
*被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時,本公司將依契約條款之約定返還未滿期保費。						
【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,不得謹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. 本保險契約所保障之疫苗接種次數,以二次為限。						
【要保人與被保險人告知事項】						
1. 被保險人目前是否因法定傳染病經中華民國衛生主管機關之要求,正在接受隔離、檢疫或自主健康管理之處置? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 2. 被保險人是否已向其他保險公司投保相同或類似保險? <input type="checkbox"/> 是,公司名稱 <input type="checkbox"/> 否						
※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」。						
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)			



中國信託產物保險股份有限公司

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



保費繳納暨刷卡授權書

- 一. 銀行電匯：戶名：中國信託產物保險股份有限公司 桃園分公司
帳號：131001007961 土地銀行北桃園分行 0051312
- 二. 郵政劃撥：戶名：中國信託產物保險股份有限公司
劃撥帳號：19996497 (劃撥單，通訊欄請註明被保險人、保單號碼、聯絡電話。)
- 三. 支票：抬頭(劃線即期)：中國信託產物保險股份有限公司
- 信用卡繳費：請填妥信用卡繳納保險費專用表(如下) 傳真本公司 (表一)

要保人	被保險人	保單號碼	保險費金額	信用卡繳保費者，請填寫持卡人與要/被保險人關係		
	<input type="checkbox"/> 同要保人			持 卡 人 為 左 列	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 企業員工 <input type="checkbox"/> 法人負責人
	<input type="checkbox"/> 同要保人					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 企業員工 <input type="checkbox"/> 法人負責人
	<input type="checkbox"/> 同要保人					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 企業員工 <input type="checkbox"/> 法人負責人
本表請務必填寫以利即時銷帳		總金額		註1:依「金融監督管理委員會109年8月14日金管保壽字第1090425855號函」規定，持卡人若「非」要/被保險人本人，需填寫下方(表二)並檢附持卡人與要/被保險人之關係身份證明文件		

信用卡繳納保險費專用表			(個人資料保護法告知義務內容請參考後頁及註2)
持卡人姓名(正楷書寫)	卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB	發卡銀行：	
	卡號：_____ - _____ - _____	有效月年：_____月_____年	
持卡人簽名 (簽名須與信用卡簽名樣式相同)		身分證字號：	
聯絡電話：_____			
填寫日期：_____年_____月_____日	銀行授權碼：_____ (本欄由中國信託產物保險填寫)		

※信用卡扣款授權約定條款

立授權書人(信用卡持卡人，以下簡稱本人)同意中國信託產物保險股份有限公司(以下簡稱 貴公司)同意承保後，授權自上述信用卡支付應繳保險費(如採自動續約方式者含續年度保險費)予貴公司，如因授權書內容填寫錯誤或其他原因以致無法代扣保險費時，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，本授權書未記載事項，依相關法令辦理。

註2:產險業履行個人資料保護法告知義務內容已公告於本公司官網(<https://www.ctbcins.com>)，如有任何問題，請洽本公司免付費客服電話 0800-075-777。

要保人(簽章須與要保書相同)

服務人員：AG098 邱怡泓

服務電話：03-4260696

傳真號碼：03-4260695 # 5302

刷卡授權書 (持卡人非要/被保險人本人需填寫本授權書，授權人須留存信用卡簽名樣式) (表二)

要保人	身分證字號
被保險人	身分證字號

要保人(簽章須與要保書相同) _____ 茲同意授權 _____ (持卡人親簽，簽名須與信用卡

簽名樣式相同) 刷卡繳納以上所列保單號碼之保費。

註3:「依金融監督管理委員會109年8月14日金管保壽字第1090425855號函」規定，保險業透過信用卡收取保險費，將由收單機構或透過財團法人聯合信用卡處理中心協助進行持卡人身分驗證。

註4:本項交易若日後產生退費，依本公司規定，退費金額將退至要保人。

受理(服務)人員簽名	覆核主管簽名
本人已核對並確認持卡人與要/被保險人身份文件相符	

..... 身份證明文件、郵局劃撥及匯款明細收據請隨文件附上



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 /要保人	名稱/ 姓名	負責人 姓名	負責人 身分證字號		
	法人註冊地 _____ 法人設立時間 _____ 是否已發行無記名股票 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否上市櫃公司 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 本國人 <input type="checkbox"/> 外國人: 國籍 _____	客戶屬性: <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所有職業
被保險人	姓名		<input type="checkbox"/> 本國人 <input type="checkbox"/> 外國人: 國籍 _____	客戶屬性: <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所有職業
<p>註一：博弈產業/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、不動產經紀人/仲介、當舖業、融資從業人員、民間融資行業、匯款公司、外幣兌換所、現金服務業(非屬銀行但提供金錢或價值轉換或兌換服務之產業)、虛擬貨幣發行商/交易商/管理者(提供虛擬貨幣兌換實體通貨之服務、集中式虛擬貨幣、分散式虛擬貨幣等)、律師、會計師、公證人等專業服務提供者,或是其合夥人或受僱人、外交人員、大使館、辦事處、領事館、慈善團體或非營利組織、基金會、協會/寺廟、教會從業人員。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>					
<p>1、要保人年收入與其他收入 <input type="checkbox"/> 0-50 萬 <input type="checkbox"/> 51-100 萬 <input type="checkbox"/> 101-150 萬 <input type="checkbox"/> 151-200 萬 <input type="checkbox"/> 201 萬以上 _____ 萬 被保險人年收入與其他收入 <input type="checkbox"/> 0-50 萬 <input type="checkbox"/> 51-100 萬 <input type="checkbox"/> 101-150 萬 <input type="checkbox"/> 151-200 萬 <input type="checkbox"/> 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： _____</p>					
2、要保人與被保險人投保目的及需求： <input type="checkbox"/> 增加保障 <input type="checkbox"/> 風險轉移 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
3、本次投保的保險費支出來源為：(可複選) <input type="checkbox"/> 薪資 <input type="checkbox"/> 股票或基金 <input type="checkbox"/> 房租或利息 <input type="checkbox"/> 舊保單解除或終止契約 <input type="checkbox"/> 貸款或保單借款 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
4、被保險人與業務員的關係是： <input type="checkbox"/> 親戚，關係 _____ <input type="checkbox"/> 朋友，認識 _____ 年 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 主動投保，請簡要說明招攬過程： _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____					
5、家中主要經濟來源為被保險人之： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
6、被保險人身體健康狀況： <input type="checkbox"/> 正常/普通 <input type="checkbox"/> 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 _____				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
8、被保險人是否已投保(或正在投保)其他商業保險？				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 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) _____				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 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				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 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 _____				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 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				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 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)				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 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				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
<p>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、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。</p>					
業務員補充說明：					
招攬單位： _____ 業務員簽名： _____ 簽署人簽章： _____					
※執業之保險代理人或保險經紀人，為業務招攬時，請於業務員欄簽章。 中華民國： _____ 年 _____ 月 _____ 日					