



A01710501

國泰產物個人保險要保書

97.09.04金管保二字第09702148130號函核准
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：01107001

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					
	身分證字號或統一編號			要保單位負責(代表)人		
	出生日期	民國	年	月	日(年齡：) 性別 1. <input 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 type="checkbox"/> 5.僱佣 <input type="checkbox"/> 6.其他 _____				
	聯絡電話	電話：()	分機	手機：		
	住所(通訊處)	□□□□				
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					
	身分證字號			性別	1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女	
	出生日期	<input type="checkbox"/> 同要保人	民國	年	月	日(年齡：)
	聯絡電話	電話：()		分機	手機：	
	住所(通訊處)	□□□□				
	工作內容					
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 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 type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，如勾選是者，請提供。				
身故受益人	本保險契約各項保險金之受益人為被保險人本人。					
	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。					



A01810501

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"/>					
保障項目 / 計畫型別		B01	B02	B03	C01	C02	C03
主約	41住院日額 醫療保險金	1,000元	2,000元	3,000元	1,000元	2,000元	3,000元
	附加條款						
	51特定重大 疾病保險金	10萬元	50萬元	100萬元	10萬元	50萬元	100萬元
	61初次罹癌保險金	-	-	-	5萬元	10萬元	20萬元
已投保 其他保險		<input type="checkbox"/> 有，時間： 年 月 日，公司名稱： _____ 保險種類： _____ 保險金額： _____ <input type="checkbox"/> 無					
投保計畫 (請填型別)		核定保費 (新台幣元)		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							
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。 二、本人 (被保險人、要保人) 同意國泰產險將本要保書上所载本人資料轉送產、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>※健康保險契約「疾病等待期間」之相關約定，請參閱各該健康保險契約條款。</p> <p>※本保險商品為非保證續保之健康保險。</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>※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退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>							



A14210501

要 (被) 保人告知事項

※依保險法第一百二十七條：「保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任」。

被保險人：身高 公分，體重 公斤

是	否
---	---

1.最近二個月是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

2.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？(亦可提供檢查報告代替回答)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

3.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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

5.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(GPT、GOT40IU/L以上)
(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊泡 (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、甲狀腺或副甲狀腺機能亢進或低下
(10)紅斑性狼瘡、膠原症 (11)愛滋病或愛滋病帶原

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

6.目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

7.女性被保險人回答：

(1)過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(2)是否已確知懷孕？如是，已經幾週？

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

※被保險人現在及過去之健康情形若有上列1-7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： _____ 被保險人親自簽名： _____ 法定代理人簽名： _____
(未滿七歲者由法定代理人代簽) (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)	保經代通路專用	保經代簽署章	保經代業務員： _____ (親簽)
		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 type="checkbox"/> 否			保經代代號： _____ 分支名稱及代碼： _____
	經辦	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： _____



U00110701

轄區	被保險人姓名	身分證字號			
1~12 題為 必填	1.要保人與被保險人關係(要保人為被保險人之): <input type="checkbox"/> ①本人、配偶、子女、父母 <input type="checkbox"/> ②僱佣 <input type="checkbox"/> ③其他 2.受益人與被保險人關係: <input type="checkbox"/> ①法定繼承人(適用民法繼承編規定)、配偶、直系親屬 <input type="checkbox"/> ②兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> ③其他 3.被保險人或家中主要經濟者之財務狀況: 家中主要經濟者姓名: _____ 職業(可加填): _____ (1)為被保險人之: <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 type="checkbox"/> ⑤其他 (2)年收入與其他收入: <input 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 (3)財務與資產狀況: <input 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 4.投保目的與需求: <input type="checkbox"/> ①增加保障 <input type="checkbox"/> ②風險移轉 <input type="checkbox"/> ③法令需求保障 <input type="checkbox"/> ④留/遊學 <input type="checkbox"/> ⑤其他 5.招攬經過: <input type="checkbox"/> ①招攬投保 <input 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 6.是否為轉介紹件: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(轉介紹人姓名: _____ 其與要/被保險人關係: _____) 7.要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是。公司名稱: _____ 8.您認識被保險人多久: <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 type="checkbox"/> ⑤2年以上 9.是否親見要/被保險人皆親自簽名: <input type="checkbox"/> ①是 <input type="checkbox"/> ②否(原因: _____) 10.要/被保險人是現任(或曾任)國內外政府或國際組織重要政治性職務人士: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(職務: _____) 11.過去一年內要保人居住於中華民國境外超過半年以上(要保人為法人免填): <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(居住國家: _____) 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,抑或對具高保單價值準備金或具高現金價值準備金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"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(請說明: _____)				
	投保 健康 險者 加填 13~15 題	13.生活習慣:(1)飲酒: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(酒名: _____; 每日約 _____ 瓶) (2)吸煙: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(每日約 _____ 包) (3)嚼檳榔: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(每日約 _____ 顆) 14.家族病史: 被保險人 <input type="checkbox"/> ①父母 <input type="checkbox"/> ②子女 <input type="checkbox"/> ③兄弟姐妹 是否於 50 歲前罹患下列疾病? <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是 (<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) 15.現症及既往症: <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有。詳細狀況: _____			
		客 戶 風 險 屬 性 評 估	要保人		被保險人
			<input type="checkbox"/> ①自然人		<input type="checkbox"/> ②法人
	1.職業: <input type="checkbox"/> ①一般職業(非*註一職業) <input type="checkbox"/> ②其他: (*註一)職業代號(必填) _____ (*註二)職稱代號(必填) _____		1.職業: <input type="checkbox"/> ①一般職業(非*註一職業) <input type="checkbox"/> ②其他: (*註一)職業代號(必填) _____ (*註二)職稱代號(必填) _____		
	2.國籍: <input type="checkbox"/> ①中華民國籍 <input type="checkbox"/> ②其他: 國名(必填) _____		2.國籍: <input type="checkbox"/> ①中華民國籍 <input type="checkbox"/> ②其他: 國名(必填) _____		
	1.行 業: <input type="checkbox"/> ①一般行業 <input type="checkbox"/> ②(*註一)職業代號(必填) _____ 2.設 立 時 間: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 3.註 冊 地: <input type="checkbox"/> ①台澎金馬 <input type="checkbox"/> ②其他(國名) _____ 4.總公司所在地: <input type="checkbox"/> ①台澎金馬 <input type="checkbox"/> ②其他(國名) _____ 5.法人存在證明檢視: <input type="checkbox"/> ①經濟部商業司工商登記查詢 <input type="checkbox"/> ②出示營利事業登記證 <input type="checkbox"/> ③其他證明 _____ 6.法人發行無記名股票狀態: <input type="checkbox"/> ①不得發行(如金融保險業、公司制證券交易所、民用航空股份有限公司、其他非屬股份有限公司型態或公司章程未記載得發行者) <input type="checkbox"/> ②公司章程經記載得發行但未發行 <input type="checkbox"/> ③已發行無記名股票		1.職業: <input type="checkbox"/> ①一般職業(非*註一職業) <input type="checkbox"/> ②其他: (*註一)職業代號(必填) _____ (*註二)職稱代號(必填) _____ 2.國籍: <input type="checkbox"/> ①中華民國籍 <input type="checkbox"/> ②其他: 國名(必填) _____		
	*註一: 職業代號 J010 律師、會計師、公證人,或其合夥人或受僱人 J040 當舖業、融資從業人員 J070 基金會、協會/寺廟、教會從業人員 J100 外交人員、大使館、辦事處 *註二: 職稱代號 T010 一般職員 T040 副總經理 T070 財務主管(含外國企業在本地所設分公司之財務主管) T090 有權代表公司簽章人員		J020 軍火商 J050 寶石及貴金屬交易商 J080 博奕產業/公司 J110 虛擬貨幣的發行者或交易商 T020 單位主管(不含財務單位) T050 企業負責人 T080 總經理/執行長(含外國企業在本地所設分公司之 General Manager) T100 院長 J030 不動產經紀人 J060 藝術品/骨董交易商、拍賣公司 J090 匯款公司、外幣兌換所 T030 協理 T060 董事、監察人 T110 校長		
	業務員 聲明 事項 ※要保書被保險人姓名、身份證號、生日、職業及告知事項,確經本人當面向其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。 ※本人向要、被保險人招攬時,已評估過其收入、財務狀況、職業與保險費負擔能力及保險金額相當性,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。 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (未填寫視為本公司受理日)				
	國 泰 產 險 內 部 用	產險業務員親簽: _____		保 經 代 通 路 專 用	
		產險業務員證號: _____			
		手 機 號 碼: _____			
			保經代簽署章		
產險業務員親簽: _____		保經代業務員親簽: _____			
產險業務員證號: _____		保經代業務員證號: _____			
手 機 號 碼: _____		手 機 號 碼: _____			