

# 永平安

## 個人傷害保險專案



**搭乘大眾運輸工具意外事故最高給付 2,000 萬元 超值的意外醫療給付**

- 👍 意外住院日額每日2,000元、傷害醫療實支實付保險金最高6+1萬元同時給付，保障最齊全
- 👍 燒燙傷皮膚移植手術最高給付100萬元，燒燙傷住院最高每日給付5,000元，靜養最安心
- 👍 意外醫療實支實付可自由配選，組合最彈性
- 👍 國外地區意外事故加倍給付+SOS緊急急難救助，意外險與海外急難救助二合一，出國最放心

保險項目(依填載保險項目或選擇方案為準)		保險金額(依填載保險金額或選擇方案為準)				
		方案A	方案B	方案C	方案D	方案E
意外身故及殘廢金	意外殘廢	200萬元	—	—	—	—
	意外身故/殘廢	—	100萬元	200萬元	300萬元	500萬元
意外身故及殘廢金 (特定事故項目擇一給付)	搭乘大眾運輸工具意外事故	—	400萬元	800萬元	1,200萬元	1,500萬元
	地震特定事故	—	100萬元	100萬元	200萬元	300萬元
	國外地區意外事故	—	100萬元	100萬元	200萬元	300萬元
傷害醫療保險金	傷害醫療保險給付(日額型)	1,000元/90日	1,000元/90日	1,500元/90日	1,500元/90日	2,000元/90日
	傷害住院加護病房保險給付	1,000元/45日	1,000元/45日	1,000元/45日	1,000元/45日	1,000元/45日
	燒燙傷病房日額給付	3,000元/45日	3,000元/45日	3,000元/45日	3,000元/45日	3,000元/45日
	意外燒燙傷皮膚移植手術給付	100萬元	100萬元	100萬元	100萬元	100萬元
	傷害住院慰問金	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元
加值服務	SOS緊急急難救助	5萬元	5萬元	10萬元	20萬元	30萬元
保險費(1)	職業類別第1-3類	517元	1,247元	2,252元	3,217元	5,120元
	職業類別第4類	—	2,480元	—	—	—

配選方案		計畫一 (方案A-E可加選)	計畫二 (方案C-E可加選)	計畫三 (方案D-E可加選)	計畫四 (方案E可加選)
傷害醫療保險金	傷害醫療保險給付(實支實付型)	3萬元	4萬元	5萬元	6萬元
	急診保險金	1萬元	1萬元	1萬元	1萬元
保險費(2)	職業類別第1-3類	348元	392元	430元	465元
	職業類別第4類	724元	—	—	—

費率速查表(保險費1+2):

第1-3類保險費	方案A	方案B	方案C	方案D	方案E	第4類保險費	方案A	方案B	方案C	方案D	方案E
計畫一	865元	1,595元	2,600元	3,565元	5,468元	計畫一	-	3,204元	-	-	-
計畫二	-	-	2,644元	3,609元	5,512元	計畫二	-	-	-	-	-
計畫三	-	-	-	3,647元	5,550元	計畫三	-	-	-	-	-
計畫四	-	-	-	-	5,585元	計畫四	-	-	-	-	-
無計畫	517元	1,247元	2,252元	3,217元	5,120元	無計畫	-	2,480元	-	-	-



## 商 品 文 號

### 主要給付項目：

身故保險金、喪葬費用保險金、殘廢保險金、傷害住院慰問金

### 臺灣產物陽光人生個人傷害保險

104.02.05產企字第1040000285號、104.02.06產企字第1040000285-319號函備查

### 本保險商品受保險安定基金保障

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。

欲查詢本公司銷售商品之相關資訊可至下列網址：<http://www.tfmi.com.tw>或至本公司總分支機構查閱及索取書面文件，免費申訴電話：0809-068-888

## 投 保 須 知

- 一、方案A被保險人資格：限中華民國國民出生滿15日至未滿15歲並居住國內者。
- 二、方案B-E被保險人資格：限中華民國國民滿15足歲至未滿70足歲並居住國內者，續保者可至未滿75足歲，滿65足整歲者限保B方案，E方案限職業類別第一、二類人員要保。
- 三、本專案僅承保職業類別1~4類，以下職業類別不予承保：
  - (一) 無業者(含待業中)、長期居住國外者(連續達6個月)。
  - (二) 投保時不在中華民國境內者。
  - (三) 職業類別第五、六類者，個人職業分類表所載拒保或適用特別費率者。

## 投 保 流 程



### 臺灣產物保險股份有限公司

100台北市館前路49號8-9樓 電話：(02)2382-1666

公司網址：<http://www.tfmi.com.tw>

客戶諮詢專線：**0800-365-518**(365天 我要保)

服務人員：

### 臺灣產物保險公司履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

臺灣產物保險股份有限公司(下稱「本公司」)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項與第九條第一項規定，應告知下列事項，敬請 您詳閱及知悉：

一、蒐集之目的：

(一) 財產保險(O九三)；(二) 人身保險(O〇一)；(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)。

(以上個人資料蒐集之目的係參照法務部公告之「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」。)

二、蒐集之個人資料類別：

本公司蒐集之個人資料類別包含：識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、財務細節及健康與其他類等。(以上個人資料類別係參照法務部公告之「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」。)

例如：姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供之間接蒐集情形適用)：

(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) 各醫療院所；

(五) 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。

四、個人資料利用之期間、對象、地區及方式：

(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(分)公司及本公司海外分支機構、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、衛生福利部中央健康保險署、業務委外機構、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：上述對象所在之地區。(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，您就本公司保有您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：以書面來函方式或透過客服專線(0809-068888)向本公司提出申請。

六、不提供個人資料所致權益之影響(個人資料向當事人直接蒐集之情形適用)：

本公司基於上述原因而需蒐集、處理或利用您的個人資料，若 您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 您相關服務或給付。

中華民國

年

月

日

註：本公司履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知之效力。

受告知人：\_\_\_\_\_ (簽章)



## 臺灣產物個人傷害保險要保書

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。欲查詢本公司銷售商品之相關資訊可至下列網址：<http://www.tfmi.com.tw> 或至本公司總分支機構查詢及索取書面文件。免費申訴電話：0809-068-888  
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。  
備查文號：104.04.01 產企字第 104000744 號函備查

保險項目(依填載保險項目或選擇方案為準)		保險金額(依填載保險金額或選擇方案為準)				
		□方案A	□方案B	□方案C	□方案D	□方案E
意外身故及殘廢金	意外殘廢	200萬元	-	-	-	-
	意外身故殘廢	-	100萬元	200萬元	300萬元	500萬元
意外身故及殘廢金 (特定事故項目擇一給付)	搭乘大眾運輸工具意外事故	-	400萬元	800萬元	1,200萬元	1,500萬元
	地震特定事故	-	100萬元	100萬元	200萬元	300萬元
	國外地區意外事故	-	100萬元	100萬元	200萬元	300萬元
傷害醫療保險金	傷害醫療保險給付(日額型)	1,000元/90日	1,000元/90日	1,500元/90日	1,500元/90日	2,000元/90日
	傷害住院加護病房保險給付	1,000元/45日	1,000元/45日	1,000元/45日	1,000元/45日	1,000元/45日
	燒燙傷病房日額給付	3,000元/45日	3,000元/45日	3,000元/45日	3,000元/45日	3,000元/45日
	意外燒燙傷皮膚移植手術給付	100萬元	100萬元	100萬元	100萬元	100萬元
	傷害住院慰問金	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元
保險費(1)		元				
配選方案(依填載保險項目或選擇方案為準)		□計畫一	□計畫二	□計畫三	□計畫四	
		(方案A-E皆可加選)	(方案C-E皆可加選)	(方案D-E皆可加選)	(方案E皆可加選)	
傷害醫療保險金	傷害醫療保險給付(實支實付型)	3萬元	4萬元	5萬元	6萬元	
	急診保險金	1萬元	1萬元	1萬元	1萬元	
保險費(2)		元				
□自動續約附加條款		總保險費(1+2)			元	

本商品已附加「傷害保險恐怖主義行為保險額給付附加條款」，對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動，其給付額度最高以新台幣二百萬元為限，詳細約定請參閱條款。

要保人姓名	身分證字號	與被保險人關係	
保險期間	自民國 年 月 日午夜十二時起至民國 年 月 日午夜十二時止		
被保險人姓名	身分證字號	出生日期	民國 年 月 日
服務公司/職稱	工作內容	聯絡地址	□□□
身故受益人	1. □法定繼承人 2. □受益人姓名： 關係：		聯絡電話： O/H： 手機：
一、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 二、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。			

### 告知事項：

1. 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、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、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病。..... □否 □是  
(2) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。..... □否 □是  
(3) 視網膜出血或剝離、視神經病變。..... □否 □是

2. 目前身體機能是否有下列障害(請勾選)：

- (1) 失明。(2) 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○，三以下。(3) 聾。(4) 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(含手指、足趾)缺損或畸形..... □否 □是

3. 上述若回答「是」時，請說明：\_\_\_\_\_

### 要保人與被保險人聲明事項：

1. 本人(被保險人)同意臺灣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)同意臺灣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)同意臺灣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臺灣產物保險股份有限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臺灣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，而臺灣產物保險股份有限公司仍承保者，臺灣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臺灣產物保險股份有限公司者，同意臺灣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。

**要保人、被保險人告知事項，請務必親自填寫，如有不實，本公司得依保險法第六十四條，解除本契約，保險事故發生後亦同；要保書之聲明事項及告知事項應由要保人及被保險人親自確認後簽名或蓋章。**

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 被保險人簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_ (未成年者其法定代理人簽名)

要保日期：中華民國 年 月 日

保 經 代 填 寫 欄 位				
單位名稱	單位代號	保險業務員(親簽)	登錄證字號	經代簽署人簽章
保 險 公 司 填 寫 欄 位				
核保	經辦	輸入	服務人員	保險業務員





台名保險經紀人股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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，敬請 台端詳閱：

- 一、蒐集之目的：
  - (一) 保險經紀業務 (二) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務
- 二、蒐集之個人資料類別：
  - (一) 姓名 (二) 身分證統一編號 (三) 地址 (四) 要保書、要保文件等其他基於保險契約所提供之個人資料
- 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) 各醫療院所 (五) 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。
- 四、個人資料利用之期間、地區、對象、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：本公司及與本公司簽訂合作推廣契約之保險業者、因辦理保險業務需要之第三方、保險相關公會、財團法人金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關。(三) 地區：上述對象所在之地區。(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：以書面之方式行使權利。
- 六、台端不提供個人資料所致權益之影響：本公司基於健全保險經紀人業務與保戶服務，台端若未能提供相關個人資料時，本公司將無法提供完善服務。

此致  
台名保險經紀人股份有限公司

中華民國 年 月 日

要保人(親簽)：\_\_\_\_\_  
被保人(親簽)：\_\_\_\_\_ (含被保險人眷屬)  
法定代理人(親簽)：\_\_\_\_\_

### 繳費方式

下列繳費方式可擇一適用，現金繳款請於存款憑條之存繳資料填註被保險人身分證字號，將繳款證明連同要保文件一併交付，以利後續承保作業。

- 現金繳款 戶名：臺灣產物保險股份有限公司  
帳號：056030004006  
銀行：國泰世華銀行西門分行
- 信用卡繳款 信用卡種類：聯合信用卡 VISA CARD MASTER CARD JCB  
信用卡卡號：\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
信用卡有效期限：至\_\_\_\_月\_\_\_\_年(西元)止  
持卡人與被保險人關係：\_\_\_\_\_  
刷卡金額：\_\_\_\_萬\_\_\_\_仟\_\_\_\_佰\_\_\_\_拾\_\_\_\_元  
被保險人身分證號碼：\_\_\_\_\_  
持卡人簽名：\_\_\_\_\_ (須與信用卡簽名相同)

### 臺灣產物保險公司保險需求及適合度評估暨業務員報告書

要保人/要保單位：		被保險人：	
<b>保險需求及適合度評估</b>			
1. 要保人是否已確實了解其繳交保險費用以購買保險商品： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
2. 要保人投保險種、保險金額及保險費支出與其實際需求是否已具相當性： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
<b>業務員報告書—個人傷害/個人旅綜/個人健康險適用</b>			
1. 要保人基本資料(要保人同被保險人者免填)：身分證字號：		出生年月日：	
2. 要保人及被保險人是否投保其它商業保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
3、本契約是經由： <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 其他_____			
4、招攬時是否確認要保人、被保險人及受益人之身份，並核對要保書填載內容確實無誤： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
5、招攬時是否向要保人或被保險人確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，是否親見要保人、被保險人及確認要保人、被保險人親簽相關文件： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，身故受益人是否指定配偶或直系親屬或法定繼承人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，若“否”請說明指定該受益人的原因：_____			
6、要/被保險人投保目的及需求：(可複選) <input type="checkbox"/> 增加保障 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他_____			
7、要/被保險人/家庭年收入：			
家庭年收入	被保險人年收入及其他收入	要保人年收入及其他收入 (要保人同被保險人者免填)	家中主要經濟來源者
新台幣_____萬元	新台幣_____萬元	新台幣_____萬元	
*若被保險人為未成年人/學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。			
經紀人：_____		業務員簽名：_____	
中華民國_____年_____月_____日		簽署人簽章：_____	