



## 承保內容

承保範圍		保險金額 (NT\$)	
		計劃 A	計劃 B
法定傳染病住院日額保險金	最高給付45日	1,000元/日	2,000元/日
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	1,000元/日	2,000元/日
法定傳染病關懷保險金	同一法定傳染病限一次	20,000元/次	50,000元/次
法定傳染病隔離費用保險金 (檢具隔離通知及費用收據正本)	隔離期間內限額給付	10,000元	20,000元
年繳保費		529元	1,086元

註 1.本商品附加自動續保附加條款 2.法定傳染病：係指行政院衛生福利部依傳染病防治法第三條規定所公告之傳染病名稱。

⊕ 單一費率、不分投保年齡、不分男女性別、不分職業類、無疾病等待期！

⊕ 保障更全面

- 確診法定傳染病，定額給付**關懷保險金**；法定傳染病住院診療，給付**住院日額保險金**。
- 入住負壓隔離病房或加護病房，除約定給付住院日額保險金外，再給付**負壓隔離病房或加護病房住院日額保險金**。
- 被保險人於隔離期間內入住防疫場所之住宿費用、維持基本日常生活必需之膳食費用及生活用品費用等，**檢具隔離通知及費用收據正本**，限額內給付**法定傳染病隔離費用保險金**。

⊕ 個人或家庭成員可多人同時投保，真便利！

⊕ 投保約定自動續保，保障不間斷！

## 投保規則

1. 承保對象：限中華民國國民，且投保時須在中華民國境內。
2. 投保年齡：0-75歲

### 商品名稱

兆豐產物安心保法定傳染病醫療健康保險、兆豐產物家庭成員法定傳染病醫療健康保險、兆豐產物法定傳染病隔離費用保險金附加條款、兆豐產物自動續保附加條款

### 給付項目

法定傳染病住院日額保險金、法定傳染病負壓隔離病房或加護病房醫療保險金、法定傳染病關懷保險金、法定傳染病隔離費用保險金

### 備查文號

109年5月27日兆產備字第1094300301號函備查、109年5月27日兆產備字第1094300302號函備查、109年9月4日金管保產字第1090427668號函核准、106年8月4日兆產備字第1064300589號函備查

※本保險商品簡介內容僅供參考，詳細內容悉以正式保單條款為準。 ※本保險商品係為非保證續保之健康保險商品。 ※本保險商品係無疾病等待期。  
 ※本保險所稱之「住院」係指被保險人經醫師診斷必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。  
 ※消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。  
 ※本商品經兆豐產物保險股份有限公司(下稱本公司)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。本保險商品未提供契約撤銷權，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。  
 ※本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。  
 ※消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，兆豐產物安心保法定傳染病醫療健康保險、兆豐產物家庭成員法定傳染病醫療健康保險、兆豐產物傳染病隔離費用保險金附加條款預定費用率(預定附加費用率)最高43%，最低43%。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：0800-053-588)或網站(網址：<https://www.cki.com.tw>)，以保障您的權益。本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站查詢，或親臨本公司(10044台北市中正區武昌街一段五十八號)及各分支機構洽詢。

11002版



# 兆豐產物健康保險暨費用保險要保書

- ※ 本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站 (<https://www.cki.com.tw>) 查閱，或親蒞本公司(100 台北市武昌街一段五十八號)及各分支機構洽詢。
- ※ 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。
- ※ 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險費。
- ※ 本保險商品為非保證續保之健康保險。
- ※ 本商品無疾病等待期。
- ※ 本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。

核准文號：109 年 9 月 4 日金管保產字第 1090427668 號函核准

保單號碼	第 _____ 號 <input type="checkbox"/> 新保 <input type="checkbox"/> 續保，原保單號碼：							
保險期間	自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		午夜 12 時至民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		午夜 12 時止			
被保險人	姓名	_____	國籍	_____	身分證統一編號	_____	出生日期	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	住所	□□□				保險年齡	_____ 歲	
	電話	(公司) _____	(住家) _____	(手機) _____	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	服務單位	_____	工作內容	_____	職業類別	由保險公司填寫	與要保人之關係	_____
要保人	<input type="checkbox"/> 同被保險人(可免填以下要保人欄位)							
	姓名	_____	國籍	_____	身分證統一編號	_____	出生日期	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	住所	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所。 <input type="checkbox"/> 其他如右：□□□						
	E-MAIL	_____	電子保單	<input type="checkbox"/> 本人同意使用【電子保單且不寄送紙本保單】寄送至指定要保人之 E-MAIL 帳號，勾選電子保單手機號碼及 E-MAIL 必填，若有缺漏則改發紙本。				
	電話	(公司) _____	(住家) _____	(手機) _____				
承保範圍				保險金額(單位：新臺幣)				
兆豐產物安心保 法定傳染病醫療健康保險 (本商品無疾病等待期間)	法定傳染病住院日額保險金(最高給付 45 日)			元/日				
	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)			元/日				
	法定傳染病關懷保險金(同一法定傳染病限一次)			元/次				
兆豐產物法定傳染病隔離費用保險金附加條款	法定傳染病隔離費用保險金(同一法定傳染病限一次)			隔離期間內限額給付 _____ 元				
繳費方式	<input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥/匯款 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> _____			年繳保險費	_____ 元			
是否加保自動續保附加條款	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若未勾選視為不加保)							
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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
被保險人是否已投保其他有關因法定傳染病遭受隔離之費用保險？ <input type="checkbox"/> 是，公司名稱 _____ <input type="checkbox"/> 否								
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分，其給付對象則依本保險契約條款約定。							
【聲明事項】								
一、本人(被保險人)同意兆豐產物保險公司得蒐集、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)同意兆豐產物保險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)同意兆豐產物保險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。								
【注意事項】								
要保人於填寫要保書時 <input type="checkbox"/> 已審閱 <input type="checkbox"/> 未審閱 兆豐產物保險公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「投保人須知」及「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。								
要保人簽名：	_____	被保險人簽名：	_____	法定代理人簽名：	_____			
要保日期：	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(要/被保險人未滿 20 歲者需由法定代理人簽名)						

下列欄位由保險公司填寫

兆豐產險欄位	主管核定	核保	經辦	業務員簽名	保經代欄位	業務員簽名	保代/保經簽署章
				業務員登錄字號		業務員登錄字號	
				保經代代號		營業單位名稱	
				代號		營業單位代號	

# 兆豐產物保險股份有限公司

## 保險需求及適合度評估暨業務員報告書

險別：傷害保險 健康保險 微型保險〔請填\*問項〕  
旅行平安保險〔由團體成員自行全額負擔保費者，以要保人(單位)為主填報一份〕

### 壹、要/被保險人資料

#### 一、基本資料、體況：

(一)要/被保險人之基本資料

	要保人	被保險人 / <input type="checkbox"/> 同要保人
姓名		
身分證 統一編號		
國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____
職業	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業
負責人	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____	
法人 註冊地	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____	
法人 營業地	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____	
客戶屬性	<input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)	

(如為外國請填寫國別)

(二)被保險人之健康狀態：(旅行平安保險免填)

- 外觀體況：健康 普通 肥胖 虛弱 蒼白 黃疸 病態
- 被保險人的四肢五官是否有殘缺障礙或畸形：是 否，若“是”請註明詳情\_\_\_\_\_。

\* (三)過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上：  
是 否，若是，請說明居住國家(地區)\_\_\_\_\_。

\* (四)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)：是 否，若是，請說明\_\_\_\_\_。

\* (五)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：  
是 否。

#### 二、要/被保險人投保目的：

- 增加保障 風險移轉 子女教育經費  
房屋貸款 旅行保障 其他\_\_\_\_\_

#### 三、要/被保險人/身故受益人身分之確認：

- (一)要/被保險人關係：\_\_\_\_\_ 本人  
 (二)身故受益人是否指定配偶或直系親屬：  
是 否，若“否”請詳填下欄：

受益人姓名		
身分證號碼		
與被保險人關係		
指定該受益人的原因		

#### 四、要/被保險人或家中主要經濟者之財務狀況：

- (一)要保人年收入與其他收入：  
0~30萬 31萬~60萬 61萬~100萬  
101萬~150萬 151萬以上\_\_\_\_\_萬
- (二)被保險人年收入與其他收入：(同要保人免填)  
0~30萬 31萬~60萬 61萬~100萬  
101萬~150萬 151萬以上\_\_\_\_\_萬

- (三)要保人家庭年收入：  
0~30萬 31萬~60萬 61萬~100萬  
101萬~150萬 151萬以上\_\_\_\_\_萬

- (四)被保險人家庭年收入：(同要保人免填)  
0~30萬 31萬~60萬 61萬~100萬  
101萬~150萬 151萬以上\_\_\_\_\_萬

(五)家中主要經濟者姓名：\_\_\_\_\_，為被保險人之：  
本人 配偶 父母 子女 其他\_\_\_\_\_

五、要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險：  
否 是，公司名稱：\_\_\_\_\_

六、繳交保險費的資金來源：  
工作收入 投資收入 儲蓄 退休金 解約  
保單借款 貸款 其他\_\_\_\_\_

七、要保人與被保險人於投保前3個月內是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款？ 是 否

### 貳、業務員招攬經過

- 本契約是經由：陌生拜訪 原已相識 朋友/保戶介紹 要/被保險人要求 其他\_\_\_\_\_。
- 要保書上是否確係由要/被保險人及法定代理人簽名或要保單位正式蓋章確認：是 否
- 招攬時是否確認要保人(要保單位)/被保險人及法定代理人之身分，並核對要保書填載內容確實無誤：是 否
- 本保單之規劃，要保人與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，分析與評估保費、保額及保障需求間之適當性，且符合投保條件，無僅以理財、節稅、資金運用作為招攬之主要訴求及未有鼓勵或勸誘以貸款或保險單借款方式購買保險：是 否
- 招攬時是否已向要保人與被保險人說明本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險：是 否
- 招攬人員已瞭解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)：是 否

### 參、業務員聲明事項

※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。

※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、被保險人後作成本保險需求及適合度評估暨業務員報告書，如有不實致兆豐產險受損害時，願負賠償責任，特此聲明。

註一：(1)產險公會報主管機關備查行業：律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。軍火商、不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石及貴金屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博奕產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商

(2)配合金控母公司 CRR 一致性新增行業：金融業。信託及公司服務供應商。賭場。金融服務業及保險業。預付卡及移動支付和互聯網支付服務業。金錢或價值移轉服務業。證券業。非營利組織之社團法人。

註二：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。

註三：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者：

- 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。
- 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臺幣五千萬元以上。

單位經辦	招攬單位	業務員親簽	簽署人簽章	日期
				____年____月____日



# 兆豐產物保險股份有限公司

CHUNG KUO INSURANCE CO., LTD.

## 信用卡付款授權書

保險種類: 健康及傷害險

信用卡卡號: \_\_\_\_\_ 有效日期(西元): \_\_\_\_月\_\_\_\_年

信用卡種類: VISA MASTER JCB

授權碼(由保險公司填寫):

法人授權信用卡付款聲明書  
茲聲明授權書內信用卡之持卡人為  
法人要保人之負責人, 並同意以授權書  
內信用卡帳戶扣繳本公司保險費。

立書日期: \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

付款金額: \_\_\_\_\_元

持卡人身分證號碼: \_\_\_\_\_(請務必填寫)

發卡銀行:

要保人簽名(請與要保書簽名相同):

(須為下列保險公司配合之發卡機構)

持卡人連絡電話:

聲明人(要保人)之大小章或發票章:

授權人(持卡人)親自簽名:

授權人(持卡人)姓名:

\*請與信用卡背面簽名式樣相同

\*請以正楷填寫

持卡人與 要保人 被保險人之  
關係為(請勾選本欄及右列關係):

1. 本人  2. 配偶  3. 子女  4. 父母  5. 孫子女  6. 祖父母

7. 兄弟姊妹, 或為  8. 法人負責人 (2.~7. 請提供身分證正反面、或  
戶籍謄本、或戶口名簿等關係證明文件影本, 8. 持卡人須同「商工登記  
公示資料查詢服務」查詢該法人之「代表人」或於左列聲明書處用印)

本授權書所列關係依 109 年 8 月 14 日金  
管保壽字第 1090425855 號函辦理

\*請優先選擇持卡人與要保人關係並依數字由小到大順序擇一填寫, 且持卡人非要、被保險人者須檢附關係文件。

附加自動續保(約)條款

持卡人(須為要保人、被保險人本人或被保險人之父母、配偶、子女)同意以本授權書之信用卡支

信用卡授權約定事項

付上開保險之 首期 續期 首期及續期保險費(未勾選者視同授權支付首期及續期)。

一、授權人(持卡人)同意以信用卡支付上開保險費金額予兆豐產物保險公司(以下簡稱兆豐產險公司), 並保證上列信用卡資料均詳實無訛。

二、本項交易經聯合信用卡處理中心核准後, 當即寄發保險費收據予被保險人, 若未獲核准則本保險費信用卡付款授權書自動失效, 兆豐產險公司得重新收費。

三、授權人(持卡人)同意基於繳納保費之目的, 兆豐產險公司得蒐集、處理及利用持卡人於保險費信用卡付款授權書上載明之個人資料(含關係證明文件), 俾利請款作業, 並瞭解該公司依個人資料保護法所告知之事項。

四、本授權書限以下列發卡機構發行之信用卡授權始生效力, 且授權人(持卡人)同意以授權書上載明之個人資料由發卡機構確認授權人(持卡人)身分無誤後, 得以信用卡帳戶扣繳兆豐產險公司保險費。

保險公司信用卡扣繳配合之發卡機構名單

兆豐產險服務人員

兆豐銀行、台新銀行、中國信託銀行、玉山銀行、國泰世華銀行、台北富邦銀行、樂天信用卡、上海銀行……等發卡機構, 其餘發卡機構名單請於下列網址或掃描右下角 QR code 查詢。



網址: <https://www.cki.com.tw/Page/Index/83>

承辦人:

電話:

傳真號碼:

保單服務人員(含業務員)須對授權書填寫之內容, 包含信用卡資料、身分證明文件、關係資訊、授權人和要保人簽名等審核無誤。

保單服務人員(含業務員)簽章: