



全民接種!守護您!

守護家人!集體免疫!

針心兆護



COVID-19
VACCINE

承保內容

COVID-19疫苗保險專案

承保範圍		保險金額(NT\$)
住院日額保險金	同一保單年度最高給付45日 入住加護病房或負壓隔離病房 加一倍給付	3,000元/日
住院關懷保險金 (連續住院三日以上-含入院及出院日)	同一保單年度以給付一次為限	15,000元/次
殯葬費用保險金	定額一次給付	300,000元
年繳保費		212元

商品特色

- 單一費率、不分投保年齡、不分男女性別、不分職業類別、無健康告知、無疾病等待期!
- COVID-19疫苗接種後二十八日內發生疫苗接種不良事件提供週全保障:
- ① 被保險人住院診療時每日可獲得定額「住院日額保險金」,最高給付45日;入住加護病房或負壓隔離病房日數加一倍給付。
- ② 被保險人連續住院三天以上(含入院及出院日),依「住院日額保險金」之金額的五倍一次給付「住院關懷保險金」。
- ③ 發生疫苗接種不良事件致被保險人身故時,定額提供「殯葬費用保險金」。

投保規則

- 承保對象:限中華民國國民,投保後於中華民國境內接種合格COVID 19疫苗者。
- 投保年齡:15足歲至80歲(保險年齡)

商品名稱

兆豐產物嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫苗接種保障綜合保險

給付項目

住院日額保險金、住院關懷保險金、殯葬費用保險金

商品文號

110年5月28日金管保產字第1100421241號函核准、110年7月13日兆產備字第1104300417號函備查

※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保險商品。※本保險商品係無疾病等待期。※本保險商品於保險契約生效後,雙方不得終止本保險契約,但被保險人經醫師評估為不適合接種疫苗,且在本保險契約生效後未曾接受疫苗接種者,不在此限。
 ※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。
 ※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。
 ※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,本商品之預定費率(預定附加費率)最高29.5%,最低29.5%。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。
 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。



兆豐產物嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫苗接種保障綜合保險要保書

- ※ 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保險商品。
- ※ 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：110 年 5 月 28 日金管保產字第 1100421241 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	<input type="checkbox"/> □□□				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： <input type="checkbox"/> □□□						
	E-MAIL	_____	保單寄送	本公司將以電子文件方式簽發保單，若要保人未填寫手機號碼或 E-mail 而無法寄送時，本公司將改發紙本保單。				
	電話	(公司) _____	(住家) _____	(手機) _____				
承保範圍				保險金額(單位：新臺幣)				
兆豐產物嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫苗接種保障綜合保險(本商品無疾病等待期間)	殯葬費用保險金			300,000 元				
	住院日額保險金(同一保單年度最高給付 45 日) (入住加護病房或負壓隔離病房日數，加一倍給付住院日額保險金)			3,000 元/日				
	住院關懷保險金(同一保單年度以給付一次為限) (連續住院三日以上-含入院及出院日)			15,000 元/次				
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	212 元		
受益人	住院日額保險金及住院關懷保險金的受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。殯葬費用保險金受益人限法定繼承人，本公司不受理其指定或變更。 被保險人身故時，如本保險契約保險金尚未給付或未完全給付，則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。前項法定繼承人之順序適用民法繼承編相關規定，應得保險金之比例準用遺產繼承規定之比例。							
【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】								
本人已審閱並瞭解貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。								
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)

1. 外觀體況：健康 普通 肥胖 虛弱 蒼白 黃疸 病態
 2. 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

- 一、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_____。
- 二、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
- 三、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
- 四、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
- 五、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
- 六、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：

- (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



兆豐保險

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):
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

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)

*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
信用卡授權約定事項

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。



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:

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