



專案特色

- ✓ 不分年齡、性別、職類單一保費，最低\$499即享有保障
- ✓ 法定傳染疾病負壓隔離病房最高給付\$6,000住院日額
- ✓ 確診法定傳染疾病，最高3萬元關懷保險金
- ✓ 因法定傳染疾病接受居家隔離，最高3萬元隔離補償保險金
- ✓ 突發傷病住院醫療因施打疫苗導致住院也有高日額保障
- ✓ 突發傷病住院超過90天給付高額慰問金

近幾年重大的法定傳染病

SARS

COVID-19(嚴重特殊傳染性肺炎)

流感併發重症

腸病毒感染併發重症

麻疹

登革熱

保障項目		方案一 H701	方案二 H702	方案三 H703	方案四 H704	
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45日)	1,000元/日	3,000元/日	1,000元/日	3,000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45日)(不含一般日額)	1,500元/日	3,000元/日	1,500元/日	3,000元/日	
	法定傳染病關懷保險金(同一法定傳染病以給付一次為限)	20,000元/次	30,000元/次	20,000元/次	30,000元/次	
	法定傳染病隔離費用補償(同一法定傳染病以給付一次為限)	10,000元/次	30,000元/次	10,000元/次	30,000元/次	
個人突發傷病保險	突發傷病住院醫療保險金(最高90日)	-	-	1,000元/日	2,000元/日	
	突發傷病加護病房保險金(最高45日)(不含一般日額)	-	-	2,000元/日	4,000元/日	
	突發傷病燒燙傷病房保險金(最高45日)(不含一般日額)	-	-	2,000元/日	4,000元/日	
	突發傷病特別慰問保險金(連續住院90日以上)	-	-	50萬	100萬	
	重大燒燙傷保險金	-	-	50萬	100萬	
年齡區間	各方案保費					
	不分年齡/性別(單一保費)	男	女	男	女	
0-14	499	1,173	1,622	1,318	3,419	2,811
15-19			1,188	948	2,551	2,071
20-24			1,628	1,287	3,431	2,749
25-29			1,587	1,693	3,349	3,561
30-34			1,802	1,789	3,779	3,753
35-39			1,973	1,619	4,121	3,413
40-44			2,136	1,697	4,447	3,569
45-49			2,249	1,876	4,673	3,927
50-54			2,527	2,093	5,229	4,361
55-59			3,030	2,395	6,235	4,965
60-64			3,690	2,849	7,555	5,873
65-69			4,464	3,329	9,103	6,833
70-74			5,954	4,243	12,083	8,661

投保須知

1. 承保對象：年滿0歲至未滿70歲，續保至未滿75歲。(投保年齡係以保險年齡計算)
2. 本專案針對已經進行居家檢疫或隔離者，不予承接。
3. 本專案無疾病等待期限制。
4. 續保：保險期間為一年且不保證續保。保險期間屆滿時，經本公司同意續保後，要保人得交付保險費，以使本契約繼續有效。

★法定傳染病：係指行政院衛生福利部(以下簡稱衛福部)依傳染病防治法第三條規定所公告之傳染病名稱。其後「法定傳染病」之項目如有變動，則以衛福部最新公告之項目為準。

★突發傷病保險：係指被保險人自本契約生效日起發生不可預期、突發且急性，需即時住院治療始能避免損及身體健康之疾病或意外傷害事故，且被保險人於發病或事故前一百八十天以內，未曾接受該疾病或意外傷害事故之住院治療者。

商品文號

- 103.07.18(103)精企字第108號函備查
- 109.03.05依108.04.09金管保壽字第10804904941號函逕行修訂
- 110.03.24(110)精企字第046號函備查

給付項目

- 突發傷病住院醫療保險金
- 突發傷病加護病房或燒燙傷病房保險金
- 突發傷病特別慰問保險金
- 重大燒燙傷保險金
- 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補償保險金

專案投保注意事項

- 消費者投保前應審慎瞭解本保險公司之承保範圍、除外不保事項及商品風險。
- 消費者雖有住院事實，但本公司仍有可能會參據醫學專業意見，審視住院必要性，因此不一定能獲得理賠。
- 本保險所稱「住院」係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須須入住院醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，包含精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。泰安產險辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。
- 本保險以一年為期，自泰安產險核保通過並確認保險費繳交無誤後，以填寫要保書當日下午十二時生效。保險期間未填寫或所填寫之日期早於保單代收件日者，核保通過後以收件章或收訖要保書傳真當日下午十二時起生效。
- 本保險商品非保證續保。
- 本商品依保險法之規定受保險安定基金之保障。非銀行存款，不受存款保險之保障。
- 因本商品所生之糾紛，請向泰安產險客戶服務中心(免費服務專線：0800-012-080)或各分支機構提出申訴。泰安產險若未於30日內為適當處理或不為處理，消費者即可於30日屆滿之日起60日內向財團法人金融消費者評議中心申請評議。
- 本專案係由泰安產險承保簽單，該商品之一切權利義務及責任，悉以保單條款內容為準。有關本商品之詳細內容請參閱保單條款，消費者可向泰安產險業務員及各分支機構(https://www.taian.com.tw)索取或閱覽。
- 消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定附加費用率最高45.0%，最低39.3%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽泰安產險業務員、服務據點(免付費電話：0800-012-080)或網站(網址：https://www.taian.com.tw)，以保障您的權益。
- 泰安產險為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益，有關該公司資訊公開說明事項，請至該公司網址(https://www.taian.com.tw)查閱，或至該公司總分支機構查閱及索取資訊公開之書面文件。免費申訴電話：0800-012-080。



A. 台灣VIP健康諮詢服務

- 服務內容**
- 急性傷病：為急性傷病提供分診服務，如拉傷、骨折、燒傷、出血等
 - 常見病症：為常見病提供醫療方面的建議，如發燒、流鼻涕/咳嗽、腹瀉/嘔吐、頭暈頭痛、失眠等
 - 用藥指導：針對常見的非處方藥提供用藥指導
 - 慢性病：針對常見的慢性病提供治療建議，如高血壓、糖尿病、高血脂等
- 服務特色**
- ✓ 線上免費1對1醫師即時諮詢
 - ✓ 一通電話解決健康疑慮與困擾
 - ✓ 如私人醫師般隨侍在旁輕鬆掌握健康

B. 台灣專科專症醫療院所/醫師推薦安排服務

- 服務內容**
- 約診前健康諮詢服務
 - 專科專症專業推薦服務
 - 台灣地區門診/特別門診預約安排服務
- 服務特色**
- ✓ 可提供最知名與最綿密的省門診醫療網路，橫跨北中南等地區
 - ✓ 專業醫護團隊的諮詢推薦，進而獲得可能的病情屬性及求診特別方向
- 服務時間：週一到週五早上八點至晚上八點(不含台灣國定假日)
• 服務專線：(02)6619-9272

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

泰安產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)依據個人資料保護法(以下簡稱個資法)第六條第二項、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 台灣告知下列事項，請 台灣詳閱：

一、蒐集之目的：
(一) 財產保險(0九三)。(二) 人身保險(00一)。
(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)。

二、蒐集之個人資料類別：
識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、教育程度及其他專業、受僱情形、財務細節等，包含要保人、被保險人、受益人、或責任險第三人姓名、身分證字號、出生年月日、護照號碼、婚姻、家庭、教育、職業、病歷、醫療、健康檢查、聯絡方式、財務狀況等資料及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。

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) 信用卡持卡人(繳交保險費)。(五) 各醫療院所。
(六) 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(包括業務委外機構、金融機構、及保險代理人、公證人等保險輔助人)。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式

- 期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
 - 對象：本(分)公司、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、財團法人住宅地產保險基金、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、購買網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構(含保險代理人、保險公證人等保險輔助人)、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。
 - 地區：上述對象所在地之地區。
 - 方式：合於法令規定之利用方式。
- 五、依據個資法第三條規定，台灣就本公司保有 台灣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、請求閱覽或請求複製製本。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：以書面或其他日後可供證明之方式。
- 六、台灣不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：
台灣若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 台灣相關服務或給付。

信用卡扣繳授權約定書

【授權資料】 授權號碼：□□□□□□(由保險公司填寫)

信用卡種類：□VISA CARD □MASTER CARD □JCB CARD □聯合信用卡 信用卡有效日期：_____月_____年(西元)

信用卡卡號：_____ 持卡人聯絡電話：_____

持卡人身分證號碼：_____ 持卡人姓名：_____ (請以正楷填寫)

持卡人與要保人關係：□要保人 □被保險人 □受益人 □配偶 □父母/子女 □兄弟姊妹 □(外)祖父母/孫子女 □公司負責人/員工

保險費金額：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整(請填大寫金額)
(依據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，如非要保人、被保險人或受益人須檢附關係證明文件)

【信用卡扣繳授權書約定條款】 □本卡限支付首期保費時請勾選

1. 授權書人(下稱本人)同意自泰安產物保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)同意承保後，以本信用卡支付本期或續期(保費)之保險費予貴公司，如因授權書內容填寫錯誤或其他原因致無法代扣保費，本授權書效力立即終止，但得補正之情形不在此限。若信用卡因故損壞、掛失，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；信用卡卡號因此變更者，本人同意立即通知貴公司，本授權書之效力繼續有效，以保費之收取。本授權書之記載事項係依相關法令辦理。
2. 本公司因保險業務之經營及執行需蒐集、處理或利用上述 台灣之個人資料，對於所填寫之資料，悉依「個人資料保護法」相關規範辦理，若有任何問題請洽詢本公司0800-012-080免付費專線。
3. 依據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檢核授權人之身分證統一編號與持卡人身分證統一編號是否一致。另若消費者有信用卡誤扣他人保險費疑義，銀行將依循手續帳款處理機制。

持卡人親自簽名(請與信用卡背面之簽名樣式相同) 要保人親自簽名(請與要保書簽名樣式相同)

瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨業務員報告書【人身保險】

要保人姓名： _____ (請說明)	被保險人姓名：(同為要保人免填) _____ (請說明)	3. 家中主要經濟來源者：□要保人 □被保險人 □配偶 □子女 □其他 _____ (請說明)。
國籍：□本國 □外國	國籍：□本國 □外國	4. 要/被保險人是否投保其他商業保險？ □是 □否
★過去一年是否居住於中華民國境外超過半年以上：□否 □是→ 請註明國家 _____。	★過去一年是否居住於中華民國境外超過半年以上：□否 □是→ 請註明國家 _____。	5. 要保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？ □是 □否
★是否為國內、外或國際組織之重要政治性職務人士(含家庭成員或密切關係者)：□否 □是 →請勾選 □本國 □外國	★是否為國內、外或國際組織之重要政治性職務人士(含家庭成員或密切關係者)：□否 □是 →請勾選 □本國 □外國	6. 本保單之規劃，要/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，分析與評估保險費、保額及保障需求間之相當性(適合度)？ □是 □否
客戶屬性：□專業客戶 □非專業客戶(其他及自然人客戶勾選)	客戶屬性：□專業客戶 □非專業客戶(其他及自然人客戶勾選)	7. 要保書內容與要/被保險人提供之身分證明文件(身分證/護照/駕照或其他足資證明身分之文件等)是否相符？ □是 □否
★專業客戶：指法人客戶符合「專業投資機構」或「總資產達新臺幣五千萬元以上」其中一項者。	★專業客戶：指法人客戶符合「專業投資機構」或「總資產達新臺幣五千萬元以上」其中一項者。	8. 招攬時，已向要保人說明本次購買保險商品內容、繳納保費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容？ □是 □否
法人團體 負責人姓名：(要保人為自然人免填)	法人團體 負責人姓名：(人身保險免填)	9. 招攬時，已親晤要/被保險人/法定代理人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤？ □是 □否
登記(註冊)地：□本國 □外國 _____ (請說明)	登記(註冊)地：□本國 □外國 _____ (請說明)	10. 招攬時，已向要保人或被保險人確認要/被保險人及被保險人與受益人間之身分關係？ □是 □否
投保險種：同要保書險種	與要保人關係：□本人 □其他 _____ (請說明)	11. 招攬時，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
★職業/行業別：□一般職業 或 □下所述所列職業	★職業/行業別：□一般職業 或 □下所述所列職業	12. 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬或法定繼承人，且順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？ □是 □否 → □適用勞動基準法59條規定 □其他 _____ (請說明)
律師/會計師/公證人(或其合夥人、受僱人)/不動產經紀人/當舖、銀樓或融資從業人員/藝術品(古董)交易商/買賣(交易)商/基金(協會)/宗教人士/匯款公司或外幣兌換所/產權質押發行商/軍火(製造)商/寶石及貴金屬交易商/外交使館(人員)/駐內外辦事處(人員)/外國政府單位(人員)/博奔產業(場所)人員。	律師/會計師/公證人(或其合夥人、受僱人)/不動產經紀人/當舖、銀樓或融資從業人員/藝術品(古董)交易商/買賣(交易)商/基金(協會)/宗教人士/匯款公司或外幣兌換所/產權質押發行商/軍火(製造)商/寶石及貴金屬交易商/外交使館(人員)/駐內外辦事處(人員)/外國政府單位(人員)/博奔產業(場所)人員。	13. 其他有利於核保之資訊？□是 □否 _____ (請說明)
1. 招攬經過： (1) 本契約經由：□陌生拜訪 □親朋好友 □家屬 □他人介紹 □主動投保 □其他 _____ (請說明)。 (2) 要被保險人投保目的及需求：(可複選) □保障 □子女教育經費 □退休規劃 □房屋貸款 □其他 _____ (請說明)。 (3) 要保人繳交保險費之資金來源為：□工作或營業收入 □存款 □解約 □借貸(貸自：□銀行 □親友) □其他(請說明) _____。	2. 要保人與被保險人財務狀況： (以阿拉伯數字填寫)	14. 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或具高現金價值或繳納保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？ □是 □否 業務員聲明如下：(1)本人招攬時確已當面核對要/被保險人及法定代理人身分證明文件，並由要/被保險人及法定代理人親自簽名無誤。(2)本人具有招攬資格，並已於招攬時評估要/被保險人收入、財務狀況、負擔能力與保險費之相當性、相當性、投保目的及需求並完成適合度分析，要保人已瞭解其所繳保費所購買保險商品之險種、內容及金額。(3)本人招攬時確已遵守相關法令規範，如有不實致所屬保總/代公司或保險公司受損害時，願負賠償責任。 ※本報告書之部分問項係依據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。
個人年收入 新臺幣約 _____ 萬元	要保人 新臺幣約 _____ 萬元	被保險人(如為要保人無須填寫) 新臺幣約 _____ 萬元
家庭年收入 新臺幣約 _____ 萬元	要保人 新臺幣約 _____ 萬元	被保險人(如為要保人無須填寫) 新臺幣約 _____ 萬元
資產(含動產與不動產) 新臺幣約 _____ 萬元	要保人 新臺幣約 _____ 萬元	被保險人(如為要保人無須填寫) 新臺幣約 _____ 萬元

*要/被保險人已婚者，家庭年收入欄填寫夫妻年收入總和；要/被保險人為未成年或學生，家庭年收入欄填寫父母或法定代理人年收入總和。

招攬單位：_____ 業務員簽名：_____

簽署人簽名：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日



泰安產物健康保險要保書

一、基本資料 (請以正楷填寫，如有塗改，請要保人於塗改處簽名確認)

要保書文號：110.06.04(110)精企字第110號函送保險商品資料庫

要保人資料	姓名	身分證字號		出生日期	民國	年	月	日
	住所 (保單寄送地址)	□□□ <small>(本公司備告及有關各項通知之送達以住所地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)</small>		E-mail				
	聯絡電話	室內： 手機：		性別	□男 □女			
被保險人資料	姓名	身分證字號		出生日期	民國	年	月	日
	住所 (通訊地址)	□□□ <small>(本公司備告及有關各項通知之送達以住所地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)</small>		E-mail				
	聯絡電話	室內： 手機：	與要保人關係	性別	□男 □女			
保單寄送方式		<input type="checkbox"/> 紙本保單 <input type="checkbox"/> 電子保單 (本人同意泰安產物保險股份有限公司依「電子簽章法」相關規定，以電子文件與電子簽章之方式核發「電子保單」，不另寄發紙本保單。						
受益人	本契約各項保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理指定或變更。 被保險人身故時，如本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及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。							

二、被保險人投保經歷

1. 是否曾申請投保人身保險或在保單申請復效時，被加費、附條件承保或拒保、延期之情形？若「是」請詳列公司名稱、申請日期、原因：
□是，□否
2. 除本契約外，是否已經購買其他公司之人身保險，若「是」，請詳列保險公司名稱、險種(含壽險、意外險、醫療險等)、保險金額、投保日期等資料：
□是，□否
3. 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
4. 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。)
5. 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？□是，□否(如勾選是者，請提供相關證明文件。)
6. 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？□是 □否
7. 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？□是，公司名稱 _____ □否

三、投保泰安產物一年期住院日額醫療保險，除外之「先天性疾病」列示如下，詳細內容仍以保單條款為準，惟如非保單條款附件所明列之除外先天性疾病，則仍視為承保範圍。

國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱
740	無腦症及類似畸形	745	先天性心球(胚胎)及心臟中隔閉合之畸形	750	其他先天性上消化道之畸形	755	四肢之其他先天性畸形
741	脊椎裂	746	其他先天性心臟之畸形	751	消化系統之其他先天畸形	756	其他先天性肌肉骨骼畸形
742	神經系統之其他先天性畸形	747	其他先天性循環系統之畸形	752	生殖器官之先天畸形	757	外皮之先天畸形
743	先天眼睛畸形	748	先天性呼吸系統畸形	753	泌尿系統先天畸形	758	染色體異常
744	先天性耳、臉及頸部之畸形	749	顎裂及唇裂	754	先天性肌肉骨骼變形	759	其他之先天異常

四、保險資料

※本公司健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，不論保險契約是否已領有任何一種保險金，本公司應主動退還未到期保險費給要保人。

商品名稱		□方案一 (H701)	□方案二 (H702)	□方案三 (H703)	□方案四 (H704)
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45日)	1,000元/日	3,000元/日	1,000元/日	3,000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45日)	1,500元/日	3,000元/日	1,500元/日	3,000元/日
	法定傳染病關懷保險金(同一法定傳染病給付一次為限)	20,000元/次	30,000元/次	20,000元/次	30,000元/次
	法定傳染病隔離費用補償保險金(同一法定傳染病給付一次為限)	10,000元/次	30,000元/次	10,000元/次	30,000元/次
個人突發 傷病保險	突發傷病住院醫療保險金(最高90日)	-	-	1,000元/日	2,000元/日
	突發傷病加護病房保險金(最高45日)	-	-	2,000元/日	4,000元/日
	突發傷病燒燙傷病房保險金(最高45日)	-	-	2,000元/日	4,000元/日
	突發傷病特別慰問保險金(連續住院90日以上)	-	-	50萬	100萬
	重大燒燙傷保險金	-	-	50萬	100萬
一年期保險費 (NT\$)		499元	1,173元	依方案性別/年齡之保險費	

保險期間	中	華	民	國	年	月	日	午夜十二時起	一年整
------	---	---	---	---	---	---	---	--------	-----

五、被保險人告知事項（投保方案一、方案二不需填寫）

依保險法64條規定，要保人及被保險人對於保險人之書面詢問事項，應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，而影響危險評估，則本公司得解除契約且無須退還所交之保險費；保險事故發生後亦同。為保障您的權益，應親自填寫要保書。

依保險法第127條規定，保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對這項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。

身 高	公分	體 重	公斤		
任 職 機 構		職 稱			
詳細工作內容 (兼職內容)		職業分類代碼(小分類) (本欄由保險公司填寫)			
投保 健康保險者 ，請回答第1至8項：		5、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。			
1、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？(亦可提供檢查報告以供參考)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	6、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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
2、最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	女性被保險人，請回答第7、8項：			
3、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或舒張壓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(GOT、GPT值超過35 IU/L以上)。(5) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。(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、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。(10) 紅斑性狼瘡、膠原症。(11) 愛滋病或愛滋病帶原。	7、過去一年內是否曾患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	8、是否已確知懷孕?如是，已經幾週?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
投保 傷害保險者 ，請回答第9、10項：		9、過去二年內是否曾因患有以下疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？ (1) 高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2) 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。(3) 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4) 糖尿病。(5) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6) 視網膜出血或剝離、視神經病變。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4、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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	10、目前身體機能是否有下列障害？ (1) 失明。 (2) 是否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0.3以下。 (3) 聾。 (4) 是否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(手指、足趾)缺損或畸形。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

上列問題答「是」者，請說明病名、就診大約時間、治療結果、醫院名稱及目前狀況：

六、要保人與被保險人聲明事項

- 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本要保書上之本人資料轉送產、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。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴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。
- 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 貴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 貴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 貴公司仍承保者， 貴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 貴公司者，同意 貴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。

七、保單條款樣本及其他重要文件、重要聲明

本人(要保人)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。

此致 泰安產物保險股份有限公司

年 月 日

要保人簽名：_____

(請親自簽名)

法定代理人簽名：_____

(未滿20足歲之要保人/被保險人均須法定代理人簽名確認)

被保險人簽名：_____

(請親自簽名，未滿7歲請法定代理人代簽名)

要保日期：_____

本公司批註欄

以下由保險業務員填寫			保險代理人/ 經紀人簽署章		以下由泰安產物保險公司填寫		
姓名(正楷/親簽)	登錄證字號	單位			經手代號	業務來源	統計代號
聯絡電話	收件日期	備註			保經代代號	核保人員	輸入人員