

秋冬起疫 保險給力

- 臺灣防疫 - TFMI Can Help



市場唯一針對法定傳染病居家隔離、集中隔離、隔離治療、居家檢疫或集中檢疫五項處置措施定額給付「隔離或檢疫補償保險金」之防疫保險商品

不分國人性別、年齡、職類、體況單一費率，無等待期



台灣法定傳染病分類與名稱

類別	法定傳染病名稱
第一類	狂犬病、鼠疫、SARS等
第二類	麻疹、登革熱、茲卡病毒感染症等
第三類	腸病毒感染併發重症、日本腦炎等
第四類	流感併發重症等
第五類	嚴重特殊傳染性肺炎、新型A型流感等

★法定傳染病：係指符合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。

法定傳染病防疫費用保險

保險金額	5萬元	10萬元
保險費	250元	500元

投保規則

- 本專案限本國籍人士投保，每一被保險人限投保一張。
- 被保險人年齡：首年度投保年齡須未滿75足歲，續保可至90足歲。
- 本保險商品保險期間為一年。
- 投保限制：投保時須在中華民國境內。
滿65足歲者，保險金額最高以5萬元為限。

本保險商品受保險安定基金保障
臺灣產物法定傳染病防疫費用保險（主要給付項目：隔離或檢疫補償保險金）109.11.16金管保產字第1090430944號函核准
消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率（預定附加費用率）最高40%，最低40%；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：0809-068-888）或網站（網址：<https://www.tfmi.com.tw>），以保障您的權益。

消費者投保前應審慎了解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。
本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業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：<https://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

詳情請洽服務人員：

臺灣產物保險股份有限公司

100台北市館前路49號3樓、8樓、9樓 電話：(02)2382-1666
公司網址：<https://www.tfmi.com.tw>

臺灣產物法定傳染病防疫費用保險要保書

本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業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。本公司資訊公開說明文件請至下列網址：<http://www.tfmi.com.tw> 或至本公司總分支機構查閱及索取。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。109.11.16 金管保產字第 1090430944 號函核准

要保人基本資料	姓名		身分證號/統一編號		出生日期	民國 年 月 日
	地址	□□□			電話	
被保險人基本資料	姓名		身分證號		出生日期	民國 年 月 日
	地址	□□□			電話	
保險期間		自民國 年 月 日 24 時起至民國 年 月 日 24 時止				
承保項目			保險金額		保險費	
隔離或檢疫補償保險金			元		元	

要保人與被保險人聲明事項：

- 1.本要保書所填各項均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事，足為與 貴公司訂立保險契約之基礎，本人(要保人/被保險人)並願接受該保險契約各項條款及規定之約束。
- 2.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。
- 3.本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。

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。

要保人與被保險人注意事項：

被保險人因下列原因所致隔離、隔離治療或檢疫者，本公司不負給付保險金的責任：

- 一、被保險人之故意行為（包括自殺及自殺未遂）。
- 二、被保險人之犯罪行為。
- 三、被保險人非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品。
- 四、被保險人前往衛生福利部疾病管制署發布國際旅遊疫情建議等級表屬第三級之地區。但被保險人前往時，該地區尚未經發布為該第三級者不在此限。
- 五、被保險人在本保險契約生效前已出境且於本保險契約生效後因入境中華民國致接受居家隔離、集中隔離、隔離治療、居家檢疫或集中檢疫者。但保險期間接續承保者不在此限。
- 六、依中華民國各政府機關命令限制或禁止特定區域之不特定人外出之封鎖措施。但被保險人被認定應接受居家隔離、集中隔離、隔離治療、居家檢疫或集中檢疫而收受「隔離通知書」、「隔離治療通知書」或「檢疫通知書」處分者，不在此限。

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 (未成年者其法定代理人簽名)

保 經 代 填 寫 欄 位				
單位名稱	單位代號	保險業務員	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

臺灣產物保險股份有限公司
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(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)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，向台端告知下列事項，請台端詳閱：

- 蒐集之目的：
(一)財產保險(〇九三)；(二)人身保險(〇〇一)；(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)。
 - 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、財務細節及健康及其他類等。例如：姓名、身分證統一編號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況、病歷、醫療、健康檢查或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料等予以填載，詳如相關業務申請書或契約書內容。
 - 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。
 - 個人資料利用之期間、對象、地區、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、中央健康保險局、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。
 - 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：以書面方式或透過客服專線(0809-068888)向本公司提出申請。
 - 台端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)：
台端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、遲延或無法提供台端相關服務或給付。
- 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效力。本公司應採下列方式之一保全履行告知義務之證明：
- 電話行銷之電話錄音檔。
 - 當事人表明已受告知之書面文件或註明當事人已收受告知書之保單、契約變更或理賠等簽收回條。
 - 將告知書內容與要保書或保險契約相關申請文件合併列印。

瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨招攬人員報告書(財產保險)

投保險種：		要保人與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他_____
自然人	要保人：_____	<input type="checkbox"/> 要保人與被保險人為同一人(被保險人資料免填) 被保險人：_____
	居住地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____ (國名) 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____ (國名) 職業： <input type="checkbox"/> 一般職業(非註一職業) 註一職業：_____ 註二職稱：_____	
法人	要保人：_____	<input type="checkbox"/> 要保人與被保險人為同一人(被保險人資料免填) 被保險人：_____
	法人負責人：_____ 行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業_____ 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____ (國名) 法人主要營業處所： <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他_____	
註一：律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受權人、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、博弈產業/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。 註二：一般職員、單位主管(不含財務單位)、協理、副總經理、企業負責人、董事、監察人、財務主管、總經理/執行長(含外國企業在本地所設分公司之General Manager)、有權代表公司簽章人員、院長、校長。 註三：本報告書之部分問項係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。		
客戶屬性	<input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶	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五十萬元以上。

- 客戶屬性(請逐一確認)
 - 招攬人員已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料.....
 - 招攬人員已瞭解要保人之投保條件、投保目的及需求程度，並交由核保人員進行相關核保程序.....
 - 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用).....
 - 招攬人員已使客戶瞭解所交保費係用以購買保險商品.....
 - 招攬人員已使客戶瞭解其投保之險種、保額與保費支出與其實際需求是否相當.....
 - 招攬人員已瞭解客戶對於匯率風險之承受能力(購買以外幣收付之非投資型商品適用).....
 - 招攬人員已充分瞭解客戶繳交保險費之資金來源為 工作或營業收入 / 存款 / 其他_____
- 要保人之需求與投保目的(請選擇勾選)
 - 為個(法)人之財產及利益作風險規劃.....
 - 為個(法)人依法應負之賠償責任作風險規劃.....
 - 為個(法)人或團體所屬員工可能承受之傷害作風險規劃.....
 - 其他(請說明).....
- 業務報告(請逐一確認)
 - 招攬人員已向要保人說明對於本保險契約(含附加條款或附加保險)之權利行使、變更、解除及終止之方式.....
 - 招攬人員已向要保人說明承保公司對於本保險契約之(含附加條款或附加保險)權利、義務及責任.....
 - 招攬人員已向要保人說明其應負擔之保險費以及母須負擔違約金及其他費用.....
 - 招攬人員已向要保人說明本保險依法受保險安定基金之保障.....
 - 招攬人員已向要保人說明承保公司因本商品所生紛爭之處理及申訴管道.....

保險代理人簽署人員：_____ 簽章
保險經紀人簽署人員：_____ 簽章

招攬人員：_____ 簽章

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

收件人：



臺灣產物保險股份有限公司保險費信用卡付款授權書

要保人簽章：(需與要保書相同)	保單號碼或繳款單號：	
<p>信用卡授權(持卡)人與保單之關係：(請擇一勾選)</p> <p>一、授權(持卡)人為 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 (若本公司系統未留存受益人身分證統一編號，請人工檢核是否為保單關係人)</p> <p>二、授權(持卡)人為 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 之配偶或二親等血親內親屬 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> (外)孫子女</p> <p>◆請檢附身分證影本或戶口名簿影本等關係證明文件</p> <p>三、授權(持卡)人為 <input type="checkbox"/> 法人(公司商務卡) <input type="checkbox"/> 法人負責人 <input type="checkbox"/> 法人員工</p> <p>◆請檢附識別證或名片或聲明書等關係證明文件</p> <p style="text-align: center;">法人授權信用卡付款聲明書</p> <p>茲聲明授權書內信用卡之授權(持卡)人為要保人、被保險人之公司商務卡或其負責人或其員工，並同意以授權書內信用卡帳戶扣繳本公司保險費。</p> <p style="text-align: right;">聲明人：(要保人、被保險人之大小章) _____</p>		
信用卡種類： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB		
信用卡卡號：_____ — _____ — _____ — _____		
授權(持卡)人姓名：(中文正楷)	授權(持卡)人身分證統一編號：	
發卡銀行：	信用卡有效期限： 西元_____月_____年	授權(簽帳)日期： _____年_____月_____日
保險費信用卡授權金額： 拾 萬 仟 佰 拾 元整		
授權(持卡)人簽名：(留存信用卡上之簽名樣式)	授權(持卡)人聯絡電話：	

- 註：**
1. 信用卡授權人同意以信用卡支付上開保險費予臺灣產物保險股份有限公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。
 2. 本項交易若未獲聯合信用卡處理中心核准，則本保險費信用卡付款授權書自動失效，保險費視同未收。
 3. 保單服務人員(含業務員)須對授權書填寫之內容審核無誤，包含卡號、授權人姓名、身分證統一編號、信用卡有效期限、授權人和要保人簽名等資訊。

保單服務人員審核無誤：_____

110/1 新版 (1091218 製)

> 授權(持卡)人已充分知悉本公司依據個人資料保護法所告知之事項，並清楚瞭解本公司蒐集、處理及利用授權(持卡)人相關資料之目的及用途。上開告知事項已公告於本公司官網 (<http://www.tfmi.com.tw>)。

保單服務人員：

電話：

傳真：