

傳真即可投保！

投保流程 123，享受回饋超簡單！

1. 下載

- 請下載您打算購買的商品要保書
- 仔細填妥資料

2. 傳真

- 將要保文件傳真至(02)8792-0016
- 電話確認(02)8792-0006

3. 回饋

- 兩週左右即可收到保單
- 於網站上申請禮券回饋

要保書填寫注意事項：

- (1) 要保人與被保險人須為同一人。且須**親筆簽名**。
- (2) 如要保人或被保險人未滿 20 歲，需法定代理人簽名。
- (3) 受益人可填寫法定繼承人或父母、配偶、子女。
- (4) 信用卡授權人為要保人本人。
- (5) 請協助填寫業務員報告書，連同要保書一併傳真。

禮券申請：

成功投保後於「意外險回饋網」<http://insurance.brokersweb.org/>申請。

※建議您將「意外險回饋網」加到我的最愛，以便續保時繼續申請禮券回饋。

金添福專案 國泰產物個人突發傷病保險要保書

99年12月10日企字第200-525號函送保險商品資料庫

※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。

保險單號碼	字第	號(本公司填)	<input type="checkbox"/> 新保 <input type="checkbox"/> 續保，原保單號碼：			
要保人	姓名或名稱	關係	為被保險人之： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他			
	統一編號或身分證字號	聯絡電話	電話：	手機：		
	出生日期	民國 年 月 日(年齡：)	電子信箱			
	住所(通訊處)	□□□□				
被保險人	<input type="checkbox"/> 同要保人	姓名	工作內容	名稱	職業代碼	
		身分證字號	服務單位	營業內容	危險分類	
		出生日期	民國 年 月 日(年齡：)	兼職	<input type="checkbox"/> 無： <input type="checkbox"/> 有，內容：	
		聯絡電話	電話： 手機：			
		住所(通訊處)	□□□□			
受益人	身故1. <input type="checkbox"/> 法定繼承人 2. <input type="checkbox"/> 指定他人：_____，關係：_____ (與被保險人之關係僅限直系血親或配偶)。傷害或殘廢受益人為被保險人本人					
保險期間	12個月，自民國 年 月 日午夜12時起至民國 年 月 日午夜12時止					
保障項目 / 計劃型別選擇 (請勾選 <input checked="" type="checkbox"/>)		<input type="checkbox"/> E01 1,980元	<input type="checkbox"/> E02 2,460元	<input type="checkbox"/> E03 3,480元	<input type="checkbox"/> E04 5,690元	<input type="checkbox"/> E05 8,160元
突發傷病	突發傷病住院日額保險金(每事故最高90日)	1,000元	1,000元	1,000元	2,000元	2,000元
	突發傷病加護病房保險金(每事故最高45日)	2,000元	2,000元	2,000元	4,000元	4,000元
	突發傷病急診醫療保險金(次)	1,000元	1,000元	1,000元	2,000元	2,000元
	突發傷病特別慰問金(次)	50萬元	50萬元	50萬元	100萬元	100萬元
	重大燒燙傷保險金(次)	50萬元	50萬元	50萬元	100萬元	100萬元
意外死殘	一般意外身故殘廢保險金	50萬元	100萬元	200萬元	300萬元	500萬元
	航空、海陸事故身故保險金	100萬元	200萬元	400萬元	600萬元	1,000萬元
	火災、電梯事故身故保險金	50萬元	100萬元	200萬元	300萬元	500萬元
意外醫療	傷害險實支實付保險金	最高5萬元	最高5萬元	最高5萬元	最高11萬元	最高20萬元
	傷害險住院日額保險金(每事故最高90日)	1,000元	1,000元	1,000元	1,500元	2,350元
	骨折未住院保險金	最高3萬元	最高3萬元	最高3萬元	最高4.5萬元	最高7.05萬元
	住院慰問保險金(住院5日以上)	1,000元	1,000元	2,000元	3,000元	5,000元
	特別看護慰問保險金(住院30日以上)	1萬元	1萬元	2萬元	3萬元	5萬元
	食品中毒保險金(限額2次)	5,000元	5,000元	5,000元	5,000元	5,000元
核定保費(新台幣元)	本保險適用「國泰產物個人突發傷病保險續保附加條款」，到期前依本公司出具之同意續保通知書繳交保費後，本公司應繼續承保並製發保單暨收據。					
要告(被)保人	一、被保險人：身高 _____ 公分，體重 _____ 公斤。	是	否			
	二、過去二個月是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	三、過去二年內是否曾接受健康檢查有異常情形而被建議接受或其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告替代)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	四、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"/>	<input type="checkbox"/>			
要聲明事項	被保險人現在及過去之健康情形若有上列二~四項所述的情況，請詳填： ●病名(外傷者，含受傷部位) ●就診醫院 ●就診大約期間 ●診療過程(門診或住院) ●有無手術 ●有無後遺症					
要聲明事項	一、本人(被保險人)同意國泰產險查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。 二、本人(被保險人)同意國泰產險將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。 三、本人(被保險人、要保人)同意國泰產險得依「(電腦處理)個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。					
※本要保書書面詢問之告知事項係本人(被保險人、要保人)親自填寫，均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事；如有隱匿或不實之說明，國泰產險得依保險法第六十四條解除本契約，保險事故發生後亦同。 ※本保險商品為非保證續保之健康保險。 ※「國泰產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」(92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)、99.03.31(99)企字第200-129號函備查)內容約定最高給付金額為新台幣200萬。 ※本人於填寫要保書時，已審閱國泰產險所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」及「投保人須知」。 ※被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依各該契約條款之約定退還未到期保險費予要保人。						
要保人簽名：	被保險人親自簽名：	法定代理人簽名：		(被保險人未成年者)		
中華民國 年 月 日						

由國泰產險填寫	核保	經辦	由保經代填寫	備註	
	產險服務人員親簽：	產險服務人員證號ID：			保經代簽署章：
	轄區代號：	業務來源代號：			保經代業務員親簽：
	保經代代號：	據點分支名稱：			保經代業務員證號ID：
			據點分支名稱：	(代碼：_____)	

信用卡繳付保費授權書

發卡銀行	銀行	信用卡類別	<input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB		
卡號		有效期間	至西元 □□月 20□□年 (恕不接受當月到期卡)		
持卡人姓名	(請以中文正楷書寫)	持卡人身份證字號	與被保險人關係		
持卡人聯絡電話(務必填寫)		簽帳金額			
被保險人		持卡人簽名(同信用卡)			

※本人同意由信用卡帳戶扣繳支付國泰產險上述保險費，並依信用卡合約付款。
※持卡人與要保人之關係需為本人、配偶、子女、父母、祖父母，方得由此管道繳交保費。
※倘本交易未獲發卡銀行核准，或本信用卡因其他原因無法扣款，則持卡人須重填繳款單。
※信用卡簽帳單之內容若有修改，須持卡人簽名或蓋章確認。

保單號碼
或交易序號
(由國泰產險公司填寫)



國泰世紀產物保險股份有限公司

疾病問卷

親愛的保戶 您好：

感謝您投保本公司商品，為進一步了解您的身體狀況，請您填寫下列問題，謝謝合作。

請您務必填寫每一項問題

一、1. 您大約在何時「第一次」被醫師診斷有上列疾病？民國_____年_____月

2. 當時就診醫院名稱（分院）?：_____

3. 當時的治療方式：門診 住院 手術 定期服藥控制 洗腎 放射線(化學)治療

4. 是否有其他合併症？否 是(心臟病 腦中風 腎臟疾病 糖尿病 手腳麻麻
視網膜病變(視力模糊) 白內障 青光眼 嗜睡 其他_____

二、1. 醫生有無提出後續治療建議？無 持續追蹤 定期服藥 手術 放射線(化學)治療

2. 多久回診一次？不須回診 不定期 每月 每季 每半年 每年

3. 回診結果有無異常發現？無 有(詳細內容：_____)

4. 是否有定期服藥控制？無 不定期(有症狀時才服藥) 有(定期服藥)

請填寫藥袋上之藥物名稱(中文或英文)及服藥次數。

藥物1：_____ (1天用藥：_____次)

藥物2：_____ (1天用藥：_____次)

藥物3：_____ (1天用藥：_____次)

三、1. 最近回診的時間？無回診 有回診(日期：民國_____年_____月)

2. 最近回診的原因？例行追蹤 定期拿藥 手術 住院 洗腎 放射線(化學)治療
身體感覺不舒服(詳細內容：_____)

3. 是否知道自己最近半年內的各項身體檢查數值狀況？否 是(請勾選下列內容)

(1)項目：血壓 血糖 肝功能 腎功能 血液檢查 尿液檢查 其他(_____)

(2)各項檢驗結果：_____

(3)在何處進行檢查：健檢中心健康檢查 醫院定期回診拿藥 在家自行測量

關於上述問題，本人業已清楚瞭解且確實回答，以利貴公司進行核保評估。

被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____

查詢個人及保險資料授權書

立同意書人_____（_____年_____月_____日生，

身份證統一編號：_____，茲同意並授權國泰世紀產物保險股份有限

公司，基於辦理本人申請投保傷害保險、健康保險之核保評估目的需要範圍內，

得向各醫療機構、保險公司或產、壽險公會，依據電腦處理個人資料保護法等

有關法令，為本人個人及保險資料之蒐集或電腦處理。

授權人簽章：

身分證字號：

聯絡電話：

地 址：

中華民國

年

月

日

Q000000
Q000000

國泰產險傷害、健康險指定受益人詢問表（由被保險人親自填寫）

1. 被保險人基本資料	姓 名			
	身分證字號		聯 絡 電 話	
	婚 姻 狀 況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他：		
2. 投保內容	死殘保險金額	(萬)		
3. 欲指定之受益人	姓 名		身 分 證 字 號	
	關 係	為被保險人之 (本公司僅接受三親等內同居家屬)		
	指 定 原 因	(詳述)		
	<input type="checkbox"/> 有附同住證明或其他證明文件，請參考附件			
4. 除欲指定之受益人外，是否仍有其他直、旁系親屬？ (如：父母、配偶、子女、祖父母等)		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請詳列：		
◎以上詢問事項，確經本人明確了解後填寫，特此聲明。 此致國泰世紀產物保險股份有限公司，並同意國泰世紀產物保險公司保留最後承保與否之權利。 <div style="text-align: center;"> 立書人（被保險人）： （親自簽名） 填寫日期： 年 月 日 </div>				
以下為本公司經手人填寫之欄				
◎本詢問表之各詢問事項，確在面見被保險人後經被保險人親自填寫並簽名無訛，如有不實，願負法律責任，特此聲明。 業務員姓名親自簽名： 上述所填事項，確經本人查證無誤 轄區： ID：				