

福委會福利專案

長庚醫院員工及眷屬傷害保險專案



超值特惠

台灣產物保險「長庚傷害保險」專案特色：

- 每天約14元，馬上擁有最高2,000萬保障；
- 夫妻同時投保，意外身故最高4,000萬子女與家屬扶養費。

☆全國首創：重大傷害失能增額保障+重大燒燙傷保障

(重大傷害失能所需的長期照護與療養負擔最沈重，本專案給您貼心的保障)

市面上意外傷害保險的專案，保障內容琳瑯滿目，但是例如台中市長夫人邵曉玲發生的車禍事故，仍然只有基本保額的保障。因為一般專案都需因「特定事故」(如搭乘大眾運輸工具事故、火災、地震)才能享受加值的保障，否則只有基本保額的保障。

首創的「重大傷害失能增額保障+重大燒燙傷保障」針對任何事故，都提供加值的保障，讓您用最少的保費負擔，保障最沈重的長期照護與醫療之經濟負擔。

承保項目與保險金額

傷害保險承保內容	方案 A	方案 B	方案 C
一般意外身故失能(基本保額)	100 萬	300 萬	500 萬
搭乘大眾運輸工具意外身故或失能	800 萬	1,000 萬	1,200 萬
與配偶同一事故身故	100 萬	300 萬	300 萬
(意外身故最高給付限額)	1,000 萬	1,600 萬	2,000 萬
重大傷害失能增額保險金(一~六級失能)	50 萬	100 萬	200 萬
重大燒燙傷保險給付	50 萬	100 萬	100 萬
傷害醫療保險給付日額型(最高 90 天)	1,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日
傷害住院加護病房保險給付(最高 45 天)	1,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日
傷害醫療保險給付實支實付型	1 萬	3 萬	6 萬
SOS 救援服務	5 萬	10 萬	20 萬
年 繳 保 費 (職業類別 1~3 類)	1,396 元	3,528 元	5,429 元



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。欲查詢本公司銷售商品之相關資訊可至下列網址：<http://www.tfmi.com.tw> 或至本公司總分支機構查閱及索取書面文件。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。備查文號：107.09.14 依金融監督管理委員會 107 年 6 月 7 日金管保壽字第 10704158370 號函修正

保險項目		保險金額		
		□方案 A	□方案 B	□方案 C
意外身故失能	一般意外事故身故失能	100 萬元	300 萬元	500 萬元
	搭乘大眾運輸工具意外事故	800 萬元	1000 萬元	1200 萬元
	與配偶同一事故身故	100 萬元	300 萬元	300 萬元
重大傷害失能增額保險金		50 萬元	100 萬元	200 萬元
重大燒燙傷保險給付		50 萬元	100 萬元	100 萬元
傷害醫療	傷害醫療保險給付實支實付型	1 萬元	3 萬元	6 萬元
	傷害醫療保險給付日額型	1,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日
	傷害住院加護病房保險給付	1,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日
<input checked="" type="checkbox"/> 自動續約附加條款		保險費 元		

本商品已附加「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」，對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動，其給付額度最高以新台幣二百萬元為限，詳細約定請參閱條款。

要保人姓名 <input checked="" type="checkbox"/>	身分證字號 <input checked="" type="checkbox"/>	與被保險人關係 <input checked="" type="checkbox"/>
保險期間	自民國 年 月 日午夜十二時起至民國 年 月 日午夜十二時止	
被保險人姓名 <input checked="" type="checkbox"/>	身分證字號 <input checked="" type="checkbox"/>	出生日期 <input checked="" type="checkbox"/> 民國 年 月 日
服務公司/職稱 <input checked="" type="checkbox"/>	工作內容 <input checked="" type="checkbox"/>	聯絡地址 <input checked="" type="checkbox"/> □□□ 聯絡電話 ()
身故受益人 <input checked="" type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 法定繼承人 2. <input type="checkbox"/> 受益人姓名： 關係： 地址： 電話： 姓名： 關係： 地址： 電話：	

- 一、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
- 二、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。
- 三、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。

告知事項：

1. 過去二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 140mm 舒張壓 90mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤、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、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病。.....否 是
 (2) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。.....否 是
 (3) 視網膜出血或剝離、視神經病變。.....否 是

2. 目前身體機能是否有下列障害(請勾選)：
 (1) 失明。(2) 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 O. 三以下。(3) 聾。(4) 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(含手指、足趾)缺損或畸形.....否 是

3. 上述若回答「是」時，請說明：
 要保人與被保險人聲明事項：
 1. 本人(被保險人)同意臺灣產物保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
 2. 本人(被保險人、要保人)同意臺灣產物保險股份有限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。

3. 本人(被保險人、要保人)同意臺灣產物保險股份有限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。
 4. 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臺灣產物保險股份有限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臺灣產物保險股份有限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，而臺灣產物保險股份有限公司仍承保者，臺灣產物保險股份有限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臺灣產物保險股份有限公司者，同意臺灣產物保險股份有限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。

身故保險金受益人如係分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

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。

要保人簽名： 被保險人簽名：
 法定代理人簽名： (未成年者其法定代理人簽名)
 要保日期：中華民國 年 月 日

保 經 代 填 寫 欄 位				
單位名稱	單位代號	保險業務員(親簽)	登錄證字號	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



收件人：



臺灣產物保險股份有限公司人身保險費信用卡付款授權書

要保人簽名：(需與要保書相同) ✓		保單號碼或繳款單號：	
✓ 信用卡授權(持卡)人與保單之關係：(請擇一勾選) 一、 <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) -----二~四類者請檢附關係證明文件----- 二、 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人之配偶 三、 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人之二親等血親內親屬 四、 <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 法人負責人 <input type="checkbox"/> 該企業員工			
✓ 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。
 4. 本授權書之效力包括本授權書所約定之保險單；要保人加保自動續約附加條款時，信用卡授權人同意臺灣產物保險股份有限公司以本授權書所載明之信用卡扣款繳交首期保險費及續約保險費。

保單服務人員(含業務員)審核無誤：_____

110/1 版

➤ 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(含業務員)：

電話：

傳真：



【財產保險】商品 書面分析報告

投保產險公司保險商品時使用，續保件且投保條件相同者免提供。

Ver. 3.3

基本資料			
要保人 ✓	姓名/法人名稱	被保險人 ✓	姓名/法人名稱 <input type="checkbox"/> 同要保人免填
			<input type="checkbox"/> 詳投保名冊
保險需求			
本次投保之目的及需求(可複選)	<input checked="" type="checkbox"/> 風險轉嫁 <input type="checkbox"/> 資產保全 <input type="checkbox"/> 家庭保障 <input type="checkbox"/> 醫療照護 <input type="checkbox"/> 法令強制規定 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)		
欲投保之保險種類	<input checked="" type="checkbox"/> 個人傷害保險 <input type="checkbox"/> 健康保險 <input type="checkbox"/> 旅行平安保險 <input type="checkbox"/> 寵物險 <input type="checkbox"/> 汽機車強制險 <input type="checkbox"/> 汽機車任意險 <input type="checkbox"/> 營造工程保險 <input type="checkbox"/> 居家綜合保險 <input type="checkbox"/> 住火/地震基本險 <input type="checkbox"/> 商業火險 <input type="checkbox"/> 僱主補償契約保險 <input type="checkbox"/> 僱主責任險 <input type="checkbox"/> 團體傷害保險 <input type="checkbox"/> 公共意外險 <input type="checkbox"/> 產品責任保險 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)		
是否有指定之保險公司	<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(可複選) <input type="checkbox"/> 富邦產物 <input type="checkbox"/> 新安東京 <input type="checkbox"/> 美商安達產物 <input type="checkbox"/> 臺灣產物 <input type="checkbox"/> 國泰世紀 <input type="checkbox"/> 和泰產物 <input type="checkbox"/> 新光產物 <input type="checkbox"/> 華南產物 <input type="checkbox"/> 明台產物 <input type="checkbox"/> 兆豐產物 <input type="checkbox"/> 旺旺友聯 <input type="checkbox"/> 泰安產物 <input type="checkbox"/> 第一產物 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)		
保險期間	自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
欲投保之保險金額(強制險免填)	<input checked="" type="checkbox"/> 詳建議書/要保書 <input type="checkbox"/> 保額_____ (萬/元)		
是否已有投保其他商業保險/強制險/旅行平安險之有效保險契約	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請填寫保險公司名稱：_____		
保險費支出			
預估繳交之保險費金額	大約新台幣：_____元		
業務員建議事項			
保險公司名稱	<input type="checkbox"/> 富邦產物 <input type="checkbox"/> 新安東京 <input type="checkbox"/> 美商安達產物 <input checked="" type="checkbox"/> 臺灣產物 <input type="checkbox"/> 國泰世紀 <input type="checkbox"/> 和泰產物 <input type="checkbox"/> 新光產物 <input type="checkbox"/> 華南產物 <input type="checkbox"/> 明台產物 <input type="checkbox"/> 兆豐產物 <input type="checkbox"/> 旺旺友聯 <input type="checkbox"/> 泰安產物 <input type="checkbox"/> 第一產物 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)		
保險公司概况	<input type="checkbox"/> 參考保險公司DM <input checked="" type="checkbox"/> 參考保險公司官網 <input type="checkbox"/> 其他		
保險商品 / 險種名稱	<input checked="" type="checkbox"/> 詳要保書明細 <input type="checkbox"/> 詳建議書明細 <input type="checkbox"/> 其他		
保障範圍	<input checked="" type="checkbox"/> 詳要保書內容 <input type="checkbox"/> 詳建議書內容 <input type="checkbox"/> 詳保險公司DM說明 <input type="checkbox"/>		
保險金額	<input checked="" type="checkbox"/> 詳要保書明細		
保險費	新台幣：_____元		
要、被保險人地址、電話、電郵是否與業務員相同	<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 關係：_____ 原因：_____		
建議投保保險公司之理由(可複選)	<input checked="" type="checkbox"/> 保險商品符合客戶需求 <input type="checkbox"/> 財務穩健 <input type="checkbox"/> 企業形象良好 <input type="checkbox"/> 售後服務優 <input type="checkbox"/> 客戶指定 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)		

要保人簽名：✓ _____

據點名稱：台北六 _____

法定代理人簽名：✓ _____

日期：_____年_____月_____日

業務員簽名：_____

保經簽署人簽章：_____

登錄證字號：_____



磐石保險經紀人

THE RESTLESS ROCK

個人資料蒐集、處理及利用告知書

磐石保險經紀人股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第8條第1項(如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項)規定,向台端告知下列事項,請台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (一) 保險經紀
- (二) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別:

- (一) 姓名
- (二) 身分證統一編號
- (三) 地址、手機號碼及電子郵件帳號
- (四) 要保書、要保文件等其他基於保險契約所提供之個人資料

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/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) 於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、地區、對象、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:本公司、保險公司、財團法人金融消費評議中心、業務委外機構、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。

五、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:您可以透過書面(包含紙本及電子文件,如電郵、傳真等)或致電本公司(電話:02-7702-3456)之方式行使權利。

六、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,因此將婉謝、延遲或無法提供相關服務。

要保人簽名 ✓	未成年人之法定代理人簽名 ✓
------------	-------------------

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定,關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用,除上述說明書所列告知事項外,就台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用,將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料,本公司將無法提供台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(主/附被保險人) ✓

已瞭解上述說明,並同意貴公司於符合相關法令規範範圍內,得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料,以及將上開資料轉送與貴公司有業務往來之保險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。此致

磐石保險經紀人股份有限公司

立同意書人簽名(主約被保險人) ✓	附加條款/附約被保險人簽名	未成年人之法定代理人簽名 ✓
----------------------	---------------	-------------------

註:被保險人若未簽署,本公司將無法提供相關保險業務之申請及辦理。

中華民國 年 月 日