



三井住友海上集團

# 明台產物保險股份有限公司

總公司：臺北市中正區仁愛路二段 22 號 電話：(02) 2772-5678 傳真：(02) 2772-6666

※本商保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，基於保險商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。  
 ※投保後約期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。  
 ※說明事項，請至本公司網址(https://www.msig-mingtai.com.tw)查閱，或至本公司總分支機構查詢及索取資訊公開之書面文件。  
 ※免費申訴電話：0800-099-080。

## 明台產物新個人保障綜合保險 C 式要保書

113.07.31 明精字第 1130001036 號函備查

保險期間：自民國 年 月 日午夜 12 時起，為期一年。

保險單號碼	第 號	本單係 第 號	續保
-------	-----	---------	----

### ※要保人

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	代表人	
出生日期	年 月 日	身分證統一編號	
<input type="checkbox"/> 電子保單(本人同意設定電子保單，且不寄送紙本保單) *勾選電子保單行動電話或 E-MAIL 必填，若有缺漏則改發紙本 電話： 行動電話： E-MAIL： 住所(通訊地址) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

### ※被保險人

姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	要、被保險人關係	
出生日期	年 月 日	身分證統一編號	
電話： 行動電話： E-Mail： 住所(通訊地址) <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供。 被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供相關證明文件。			

### ※身故保險金受益人

姓名	身分證統一編號	與被保險人關係	保險金給付方式		
			受益人順位	比例%	均分
住所： 電話： 身故保險金受益人如係身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之通知依據。					

### ※保險內容

保險項目	保險金額(新臺幣元)				
	<input type="checkbox"/> 方案一	<input type="checkbox"/> 方案二	<input type="checkbox"/> 方案三	<input type="checkbox"/> 方案四	
意外身故或失能保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
大眾運輸工具特定事故意外失能或死亡保險金	500 萬	500 萬	1000 萬	1000 萬	
火災特定事故意外失能或死亡保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
電梯特定事故意外失能或死亡保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
地震特定事故意外失能或死亡保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
燒燙傷皮膚移植手術保險金	30 萬	30 萬	30 萬	30 萬	
傷害/住院醫療保險金日額/90 日	2,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日	4,000 元/日	
醫療/骨折未住院補償(依骨折別換算限額)	最高 6 萬	最高 9 萬	最高 9 萬	最高 12 萬	
日額/加護病房或燒燙傷病房保險金日額/90 日	2,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日	4,000 元/日	
重大燒燙傷保險金	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	
住院慰問保險金(連續住院三天)	1,000 元/次	1,500 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次	
特別看護費用保險金	10 萬	10 萬	10 萬	10 萬	
食品中毒慰問保險金(限一次)	2,000 元/次	3,000 元/次	4,000 元/次	5,000 元/次	
救護車運送保險金	最高 1,000 元	最高 1,000 元	最高 1,000 元	最高 1,000 元	
第 1-3 類保費	1,700 元	2,819 元	3,847 元	5,815 元	
第 4 類保費	3,329 元	5,621 元	-	-	
第 5 類保費	5,072 元	-	-	-	
第 6 類保費	6,466 元	-	-	-	
加價購項目	-	<input type="checkbox"/> 方案二 plus (限投保方案二勾選)	<input type="checkbox"/> 方案三 plus (限投保方案三勾選)	<input type="checkbox"/> 方案四 plus (限投保方案四勾選)	
每次實支實付傷害醫療保險金限額		限額 2 萬	限額 3 萬	限額 3 萬	
第 1-3 類保費	方案一 不販售實支實付傷害 醫療保險金	645 元	856 元	856 元	
第 4 類保費		1,345 元			
第 5 類保費		方案二		方案三 不販售 4、5、6 類	方案四 不販售 4、5、6 類
第 6 類保費		不販售 5、6 類			
合計總保險費(新臺幣元)					
自動續約 <input type="checkbox"/> 同意(若未勾選視為不同意)		要保人同意自動續約方式，依條款之約定於保險期間屆滿時，逐年自動辦理續約，並收取續約保險費。			

### ※告知事項

【本要保書所載告知事項，敬請對下列告知事項應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以影響本公司對危險的估計，依保險法第六十四條規定保險公司得解除契約。】

被保險人工作內容	服務機關
職稱	兼職
一. 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？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
1. <input type="checkbox"/> 高血壓症(指收縮壓140mm舒張壓90mm以上)、 <input type="checkbox"/> 狹心症、 <input type="checkbox"/> 心肌梗塞、 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病、 <input type="checkbox"/> 主動脈血管瘤。	
2. <input type="checkbox"/> 腦中風(腦出血、腦梗塞)、 <input type="checkbox"/> 腦瘤、 <input type="checkbox"/> 癲癇、 <input type="checkbox"/> 智能障礙(外表無法明顯判斷者)、 <input type="checkbox"/> 精神病、 <input type="checkbox"/> 巴金森氏症。	
3. <input type="checkbox"/> 癌症(惡性腫瘤)、 <input type="checkbox"/> 肝硬化、 <input type="checkbox"/> 尿毒、 <input type="checkbox"/> 血友病。	
4. <input type="checkbox"/> 糖尿病。	
5. <input type="checkbox"/> 酒精或藥物濫用成癮、 <input type="checkbox"/> 眩暈症。	
6. <input type="checkbox"/> 視網膜出血或剝離、 <input type="checkbox"/> 視神經病變。	
二. 目前身體機能是否有下列障害？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
1. <input type="checkbox"/> 失明。	
2. <input type="checkbox"/> 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○·三以下。	
3. <input type="checkbox"/> 聾。	
4. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 啞。	
6. <input type="checkbox"/> 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。	
7. <input type="checkbox"/> 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	
上述告知事項若勾選「是」者，請詳細說明項目，如有診療紀錄，請告知診治原因、大約診治日期、病名、治療方式、就診醫院、治療結果。	

### ※聲明事項

一. 本人(被保險人)同意明台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)同意明台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)同意明台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。

※本人已知悉並明瞭「明台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、107.08.31 依金融監督管理委員會 107 年 7 月 18 日金管保壽字第 10704938160 號函修正)內容約定最高給付金額為新臺幣 200 萬元。

※本人(要保人)已被告知並了解所投保商品之重要內容及投保須知等相關事宜。

※本人(被保險人、要保人)已確認基本資料、告知事項及聲明事項之內容。

※有關本公司個人資料保護法告知義務內容，請至網址：<https://msigt.com/2z2cc> 查閱。

本人(要保人、被保險人)知悉保險商品之「要保書」、「條款」、及「投保須知」均得於填寫要保書前至明台產險官網查詢或洽客服諮詢；於填寫要保書時，本人已於簽署前經合理天數詳細審閱上開文件，充分理解其內容，並同意遵守之。

要保人簽章：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽章：\_\_\_\_\_

(要保人為自然人者須加簽) (要保人未滿 18 歲或受監護宣告者須加簽)

此 致 明台產物保險股份有限公司

要保人親自簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人親自簽名：\_\_\_\_\_

(要保人/被保險人為未成年者需加簽)

被保險人親自簽名：\_\_\_\_\_

(未滿 7 足歲者由法定代理人代簽)

申請日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

招攬單位填寫欄		明台產物填寫欄			
招攬人員簽章		保經、代公司簽章	經手人代號	經紀人代號	
招攬人員登錄字號			服務人代號	統計單位	
招攬人員電話			輸 入	核 定	
分行(公司)名稱/代號					