

※本商品經本分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。
 本分公司地址：台北市信義路五段7號78樓之1 免費客服 0800-266-288 網址：<https://nonlife.cardif.com.tw/>



法商法國巴黎產物保險股份有限公司台灣分公司永保平安傷害保險要保書

備查文號：民國113年04月15日巴黎(113)產字第04006號

保單號碼		☐ 新保 ☐ 續保，原保單號碼：										
要保人	姓名	出生日期		民國 年 月 日		年 齡				國 籍		
		身分證字號									性 別	☐ 男 ☐ 女
	聯絡電話	手機：		住家：()		公司：()		分機：		與被保人關係		
	聯絡地址	☐ ☐ ☐						電子信箱				
	保單型式 (擇一勾選)	☐ 電子保單 *勾選電子保單者，要保人電子信箱及手機必填，如有缺漏或未勾選保單型式則以紙本保單寄送。 ☐ 紙本保單 *若因本公司特殊狀況無法提供電子保單時，得通知要保人改提供紙本保單。										
※同要保人 被保險人 粗框免填	姓名	出生日期		民國 年 月 日		年 齡				國 籍		
		身分證字號									性 別	☐ 男 ☐ 女
	聯絡電話	手機：		住家：()		公司：()		分機：				
	聯絡地址	☐ ☐ ☐										
	服務單位	名 稱			工作內容				兼 職		☐ 無 ☐ 有，內容：	
	營業內容			職 位				職業類別		(保險公司填寫)		
*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)? ☐ 是 ☐ 否 *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。 *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。												
身故保險 金受益人	☐ 法定繼承人(受益順序及應得保險金之比例適用民法繼承編規定給付。) ☐ 指定受益人(受益人聯絡電話/地址： ☐ 同要保人最後留存之通訊地址/電話 ☐ 另指定如下(請詳述) ☐ 不同意提供											
	編號	姓名	身分證字號	與被保險人關係	電 話	聯絡地址			比 例			
	1											
	2											
	3											
*如指定為法定繼承人或指定為其他人但不同意提供受益人之聯絡地址/電話，則以要保人最後所留聯絡方式為受益人之通知依據。 分配方式(擇一勾選) ☐ 均分 ☐ 順位(依編號決定受益順位) ☐ 比例(請註明比例，總和須為100%)												
保險期間	自民國 年 月 日午夜十二時起一年。											
繳費方式	1. ☐ 信用卡，含本次及未來續保；請另填信用卡代繳保險費授權書。 2. ☐ 匯款。											

保障項目/計畫型別		(單位：新台幣/元)	專案一 (兒童專案)(36)	專案二 (37)	專案三 (38)	專案四 (39)	專案五 (40)
一般意外身故及失能保險金			-	150 萬	200 萬	300 萬	500 萬
一般意外喪葬費用及失能保險金			69 萬	-	-	-	-
大眾交通意外身故或喪葬費用保險金及失能保險金			-	600 萬	800 萬	1,200 萬	2,000 萬
特定意外身故或喪葬費用保險金及失能保險金			-	450 萬	600 萬	900 萬	1,000 萬
重大燒燙傷保險金			100 萬	150 萬	200 萬	300 萬	500 萬
傷害醫療保險金 (日額型)	住院保險金(最高 90 日)		1,000	2,000	1,000	2,000	3,000
	加護病房保險金(最高 30 日)		2,000	2,000	2,000	4,000	5,000
	燒燙傷病房保險金(最高 30 日)		3,000	3,000	3,000	6,000	6,000
傷害醫療保險金(實支實付型)			2 萬	2 萬	2 萬	2 萬	2 萬
住院慰問保險金(住院須達 3 日(含)以上)(每次)			5,000	2,000	2,000	5,000	5,000
意外門診手術保險金(定額型)(每次)			1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
食物中毒慰問保險金(每次)			5,000	3,000	3,000	5,000	5,000
年繳保險費	第一類~第三類		☐ 1,321	☐ 2,150	☐ 2,184	☐ 3,228	☐ 4,754
	第四類		-	☐ 4,324	☐ 4,337	☐ 6,412	☐ 9,483

續保約定：

保險期間屆滿前，經本分公司同意承保並通知續保後，要保人得繼續交付續期保險費使本契約繼續有效。

告知事項

※要保人及被保險人就下列告知事項應詳實告知，並應親自填寫，如違反誠實告知影響危險評估，依保險法第六十四條及第二十五條規定，本公司得解除保險契約且無須退還所繳保費，保險事故發生後亦同。

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140mmHG/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。

☐是 ☐否

2. 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○·三以下。
 (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(含手指、足趾)缺損或畸形。

☐是 ☐否

※被保險人現在及過去之健康情形若有上列所述的情況(勾選“是”者)，請詳填：

1. 病名(外傷者，含受傷部位)：
 2. 就診醫院：
 3. 就診大約期間：
 4. 診療過程(門診或住院)：
 5. 有無手術、有無後遺症：
 6. 治療結果及目前狀況(是否痊癒)：

※聲明事項 要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：

1. 本人(被保險人)同意法商法國巴黎產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱貴公司)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。
 2. 本人(被保險人、要保人)同意 貴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 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。
 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 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。
 5. 本人(要保人)知悉 貴公司已給予審閱期間之權益，並已充分審閱 貴公司所提供之保險單條款。

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人簽名：_____

(要保人未成年或受監護宣告者須簽名)

※本人已知悉本要保書所載告知及聲明事項之內容，並同意接受其相關內容之約束。

※招攬人員已出示合格銷售資格證件，並提供「本保險契約條款樣張」、「法商法國巴黎產險履行個人資料保護法告知義務通知書」、「產物保險投保人須知」及「要保書填寫說明」供本人參閱無誤。

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

(未滿7足歲者請法定代理人簽名；7足歲(含)以上者請由本人親自簽名)

(未成年者請由法定代理人簽名)

申請日期：中華民國_____年_____月_____日

【注意事項】

※本保險為非保證續保之保險商品。

核保	業務員簽名(親簽)	業務員登錄字號	分行/單位名稱	分行/單位代碼	保經代簽署章

受理編號：_____

