



國泰產物個人保險要保書

104.09.01(104)企字第200-315號函備查
107.09.01依金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修正

※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。

受理編號：02107314

保險單號碼		字第	號(本公司填)	<input checked="" type="checkbox"/> 1.新保 <input type="checkbox"/> 2.續保，原保單號碼：		
要保人	姓名或名稱					
	身分證字號或統一編號		要保單位負責(代表)人			
	出生日期	民國	年	月	日(年齡：)	
	性別	1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女				
	關係	被保險人之： <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶 <input type="checkbox"/> 3.父母 <input type="checkbox"/> 4.子女 <input type="checkbox"/> 5.僱傭 <input type="checkbox"/> 6.其他 _____				
	聯絡電話	電話：()	分機	手機：		
住所(通訊處)	□□□□					
電子信箱	※必填		保單型式(擇一)： <input checked="" type="checkbox"/> 1.電子保單 <input type="checkbox"/> 2.紙本保單 *選電子保單者必填手機及電子信箱，若有缺漏則改發紙本。 *兩項均勾選者視同選電子保單，均未勾選視同選紙本保單。 *若因本公司特殊狀況而無法提供電子保單時，得改發紙本。			
被保險人	姓名					
	身分證字號		性別	1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女		
	出生日期	<input type="checkbox"/> 同要保人	民國	年	月	
	聯絡電話		電話：()	分機	手機：	
	住所(通訊處)	□□□□				
	工作內容			兼職	<input checked="" type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，內容：	
	服務單位	名稱		職業代碼		
	營業內容		危險分類	(本公司填)		
被保險人是否有受監護宣告(請勾選，若未勾選者，視為無監護宣告)			<input checked="" type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，請提供相關證明文件。			
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選，若未勾選者，視為無身心障礙)			<input checked="" type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，如勾選是者，請提供。			
身故受益人	<input checked="" type="checkbox"/> 1.法定繼承人 指定： <input type="checkbox"/> 2.一人 <input type="checkbox"/> 3.順位 <input type="checkbox"/> 4.比例 (勾選2~4者，請續填下欄)					
	受益人姓名	關係(為被保險人之)	順位	比例%	通訊處※未填寫者，視為同要保人資料	
		<input type="checkbox"/> 1.配偶 <input type="checkbox"/> 2.父母 <input type="checkbox"/> 3.子女 <input type="checkbox"/> 4.兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 5.其他 _____			電話：() 分機 地址：□□□□	
	<input type="checkbox"/> 1.配偶 <input type="checkbox"/> 2.父母 <input type="checkbox"/> 3.子女 <input type="checkbox"/> 4.兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 5.其他 _____			電話：() 分機 地址：□□□□		



A14910701

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
繳費方式 (擇一)	1. 信用卡授權扣款 - <input type="checkbox"/> a含本次及未來續保 <input type="checkbox"/> b僅限本次(續期須重新填寫)；請另填授權書。 2. 現金、支票或匯款 - <input checked="" type="checkbox"/>

保障項目 / 計畫型別

① 傷害險基本型 好安心傷害險 ※限保第一類至 第三類職業	意外身故失能保險金	10萬元(僅失能)	10萬元	100萬元	200萬元
	特定事故	假日意外身故失能保險金	-	-	100萬元
	汽機車交通 意外事故	身故失能保險金	-	100萬元	100萬元
		住院醫療保險金	-	1,000元	1,000元
	實支實付型傷害醫療保險金	2萬元	2萬元	2萬元	3萬元
	日額型傷害醫療保險金(每事故最高90日)(含骨折未住院)	1,000元	1,000元	1,000元	2,000元
	加護病房或燒燙傷病房保險金(日額)(每事故最高45日)	1,000元	1,000元	1,000元	2,000元
	特別看護慰問保險金(次)(住院30日以上)	1萬元	1萬元	1萬元	2萬元
	顏面傷害保險金	20萬元	20萬元	20萬元	20萬元
	意外門診手術醫療慰問保險金	1,000元	1,000元	1,000元	3,000元
參考保費 ①	E1基本型：611元 (未滿15足歲適用)	F1基本型：800元	G1基本型：1,987元	H1基本型：3,372元	
② 傷害險競賽型 自由車競賽或 表演附加保障	※同①傷害險基本型各項保障，另增以下附加條款： 擴大承保自由車競賽或表演活動意外事故		保額同E1各項	保額同F1各項	保額同G1各項
	參考保費 ②	E1競賽型：654元 (未滿15足歲適用)	F1競賽型：856元	G1競賽型：2,126元	H1競賽型：3,608元
③ 租賃車 租賃車失竊、 碰撞損失及責 任保險	自行車損失保險 (租賃車)	租賃自行車整車失竊、碰撞損失(保險期間內最高賠償金額)	1萬元	2萬元	3萬元
		每一意外事故自負額	10%	10%	10%
		每一個人體傷及財物損失責任保險金額	100萬元	200萬元	200萬元
	自行車責任保險 (自有及租賃車)	每一意外事故體傷及財物損失責任保險金額	100萬元	200萬元	200萬元
		保險期間內最高賠償金額	200萬元	400萬元	400萬元
參考保費 ③		1萬型：223元	2萬型：331元	3萬型：418元	
④ 自有車 自有車碰撞 損失保險	※本項目不可單獨投保 自有自行車碰撞損失(保險期間內最高賠償金額)		1萬元	3萬元	5萬元
	參考保費 ④		方案1：102元	方案2：306元	方案3：509元

廠牌	產品型號	車身編號(車身編碼)/警方烙碼編號	出廠年月	購買價格

投保計畫 (請填型別)	①傷害基本__型 ②傷害競賽__型 ③租賃車_2_萬型 ④自有車_2_方案	核定保費 (新台幣元) ①或②+③+④	\$414-	本保險適用「國泰產物個人續保附加條款」，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(被)保人聲明事項

- 本人(被保險人)同意國泰產險得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)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。
- 本人(被保險人、要保人)同意國泰產險就本人之個人資料，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。

- ※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」及「保險單條款」。
- ※「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)、107.08.01依金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修正)內容約定最高給付金額為新台幣200萬。
- ※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。
- ※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受益人之通知依據。

AROFLY 序號：



A16310701

要 (被) 保人告知事項		是	否				
<p>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？</p> <p>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。 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。</p>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
<p>二、目前身體機能是否有下列障害？</p> <p>1. 失明或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。 2. 啞或聾或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。 3. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 4. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。</p>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
<p>※被保險人現在及過去之健康情形若有上列一~二項所述的情況，請詳填：</p> <p>●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</p> <hr/> <hr/> <hr/>							
<p>要保人簽名：</p>		<p>被保險人親自簽名： (未滿七歲者由法定代理人代簽)</p>					
		<p>法定代理人簽名： (要、被保險人未成年者)</p>					
<p>中華民國 年 月 日 (未填寫視為本公司受理日)</p>							
國泰產險內部專用	核保	保經代通路專用	保經代簽署章	保經代業務員(親簽)	保經代業務員證號	保經代代號	分支名稱及代碼
	經辦		保經代受理編號	產險服務人員證號	業務來源	轄區	

AROFLY 放心騎保險投保填寫注意事項

- 一、請正楷填寫要、被保險人基本資料，若同一人被保險人處打勾即可。
- 二、未滿 20 歲其監護人為要保人。
- 三、務必留下連絡電話，以供需核對資料時聯繫。
- 四、請務必填寫 E-MAIL，本專案一律以電子保單寄發。
- 五、請詳填服務單位公司行號名稱、公司營業內容(如金融、製造、電子科技等)、工作內容(如業務、內勤、司機、水電等)
- 六、第二頁保險時間請勿填請，起保日統一為每月 15 號及 30 號，以本司收到要保資料為準。
- 七、自有限額車碰車保障，請正楷填寫廠牌、型號、製造序號或警方烙碼編號、出廠年月(大約即可)，購買價格(按目前全車總價)。
- 八、要保書第三頁左上方，請填入 AROFLY 產品序號。
- 九、請在第三頁要保人與被保險人處簽名。
- 十、以上資料填寫完畢，請將要保書 1 至 3 頁依下列傳真號碼回傳，或掃描寄 mail 皆可。
- 十一、本司收到要保資料會回電，並做電話訪填後才能送件核保，請保持電話收訊暢通。

皓暉保險代理人

聯絡人 鄭雅仁 先生 0932039089

連絡電話:02-25239586#26

傳真號碼:02-81927120 Line:cyr530305

地址：台北市104中山區林森北路101號4樓D室

E-MAIL:bikefun330@gmail.com

詳細資料歡迎來信索取或連結：<http://fun330.com.tw/>

上網google：自行車330

粉絲專頁搜尋：放心騎

