



住院醫療費用保險(日額型)要保書

97 年 10 月 2 日金管保二字第 09702164040 號函核准、98 年 1 月 15 日(98)台蘇保行展字第 125802-A 號函送保險商品資料庫、100 年 9 月 1 日依行政院金融監督管理委員會 100 年 6 月 9 日金管保品字第 10002524863 號令修正

- 本保險商品為非保證續保之健康保險。
- 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。
- 資訊公開查詢：<http://www.zurich.com.tw> 消費者可至本公司總、分支機構、網址查閱或索取書面資訊公開說明文件。
- 免費申訴電話：0800-880550

<b>被保險人資料</b>									
被保險人姓名：		身分證字號：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 單身			
出生年月日：民國 年 月 日			保險年齡：(此欄由保險公司填寫)						
聯絡電話：公司( )		分機_____		住家( )					
行動電話：			E-mail：						
聯絡地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		市 縣	鄉鎮 市區	村 里	路 街	段 鄰	巷 弄	號 樓	室
任職機構：			職稱/工作內容： /						
副業或兼職：			職業代號：(此欄由保險公司填寫)						
<b>要保人資料</b> <input type="checkbox"/> 同被保險人(要保人與被保險人為同一人者，要保人資料免填)									
要保人姓名：		身分證字號：							
出生年月日：民國 年 月 日		與被保險人關係： <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_____							
聯絡電話：公司( )		分機_____		住家( )					
行動電話：			E-mail：						
聯絡地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		市 縣	鄉鎮 市區	村 里	路 街	段 鄰	巷 弄	號 樓	室
<b>受益人：被保險人本人</b>									
<b>保險期間、保險種類與投保計劃別</b>									
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									
保險種類與投保計劃別		<input type="checkbox"/> 計劃 A01	<input type="checkbox"/> 計劃 B01	<input type="checkbox"/> 計劃 C01	<input type="checkbox"/> 計劃 D01	<input type="checkbox"/> 計劃			
契約別	投保內容/給付項目(單位:新台幣元)	保險金額	保險金額	保險金額	保險金額	保險金額			
主契約	住院日額保險金	1,000/日	1,000/日	1,000/日	1,000/日				
附加條款	加護病房保險金	2,000/日	2,000/日		2,000/日				
	燒燙傷病房保險金	1,000/日	1,000/日						
	出院療養保險金	500/日	500/日	500/日					
	門診手術保險金	2,000/次	--	2,000/次	2,000/次				
	住院手術保險金	1,000*手術倍數	--	1,000*手術倍數	1,000*手術倍數				
	手術看護保險金	5,000/次	--	5,000/次					
	救護車運送保險金	2,000/次	2,000/次						
<b>保險費合計</b>									
繳費方式： <input type="checkbox"/> 信用卡(請填寫信用卡繳付保險費授權書) <input type="checkbox"/> 現金		繳別： <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳							

內部作業識別條碼



**告知事項**

要保人及被保險人對於要保書內容所載「告知事項」，書面答詢均據實回答。如有隱匿、過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少貴公司對於危險之估計者，貴公司得依保險法第六十四條規定解除本契約，保險事故發生後亦同。

- 一、被保險人目前之身高\_\_\_\_\_公分，體重\_\_\_\_\_公斤
- 二、過去兩年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？..... 是 否  
(亦可提供檢查報告代替回答)
- 三、最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？..... 是 否
- 四、過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？(若勾選是，請圈選)..... 是 否
  - 1. 高血壓症(指收縮壓140 mmHg 舒張壓90 mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。
  - 2. 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。
  - 3. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。
  - 4. 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT值超過40IU/L以上)。
  - 5. 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。
  - 6. 視網膜剝離或出血、視神經病變。
  - 7. 癌症(惡性腫瘤)。
  - 8. 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。
  - 9. 糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。
  - 10. 紅斑性狼瘡、膠原症。
  - 11. 愛滋病或愛滋病帶原。
- 五、過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？(若勾選是，請圈選)..... 是 否
  - 1. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。
  - 2. 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。
  - 3. 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。
  - 4. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。
  - 5. 痛風、高血脂症。
  - 6. 青光眼、白內障。
  - 7. 乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)。
- 六、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？(若勾選是，請圈選)..... 是 否
- 七、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？..... 是 否
- 八、是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答)..... 是 否

若上述勾選“是”者，請於下列註明：

- 1. 病名：\_\_\_\_\_ 2. 原因：\_\_\_\_\_ 3. 治療期間：\_\_\_\_\_ 4. 治療方式：\_\_\_\_\_
- 5. 治療結果：\_\_\_\_\_ 6. 有無復發：\_\_\_\_\_ 7. 就診醫院名稱及所在地點：\_\_\_\_\_

**注意事項**

- 1. 要保人於填寫要保書時已審閱 未審閱 貴公司所提供之保險單條款、要保書填寫說明及投保人須知。
- 2. 被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時(除保險契約已使用脫退率計價者外)，本公司將依保險契約條款之約定退還未到期保險費給要保人。

**聲明事項**

- 1. 本人(被保險人)同意蘇黎世產物保險股份有限公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- 2. 本人(被保險人、要保人)同意蘇黎世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。
- 3. 本人(被保險人、要保人)同意蘇黎世產物保險股份有限公司得依「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。

**同意事項**

本人(要保人)知悉本保險商品未提供保證續保。

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

(被保險人未滿二十足歲者請法定代理人簽名) (與要保人或被保險人關係：\_\_\_\_\_)

要保日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

下列欄位由保險公司填寫

<input type="checkbox"/> 無體檢	<input type="checkbox"/> 有體檢	保險單號碼	本保險單係	號續保
出單地區	經手人代號	經紀人/代理人	備註欄	
90	XX001W00			