蘇黎世產物保險股份有限公司
個人責任保險要保書

總公司 台北市敦化北路 56 號 電話(02)27316300 免費申訴電話:0800-880550 資訊公開查閱: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
本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業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。100.1.14(100)台蘇保行展字第 125830 號函備查 100.1.31(100)台蘇保行展字第 125806-A 號函送保險商品資料庫 100.9.1 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

單位: 新台幣元

要保人	要保人姓名：	身分證字號：_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	出生日期：民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日
	聯絡電話：(公)　(宅)　行動電話：		E-Mail：
	聯絡地址：□□□ 市 市區 路 縣 鄉鎮 街 段 巷 弄 號 樓之		與被保險人關係 □本人□配偶□子女 □父母□其他＿＿＿
被保險人	被保險人姓名： □ 同要保人	身分證字號：_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	出生日期：民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日
	聯絡電話：(公)　(宅)　行動電話：		E-Mail：
	聯絡地址：□□□ 市 市區 路 縣 鄉鎮 街 段 巷 弄 號 樓之		
	任職機構	職　稱	工作內容
身故保險金受益人		與被保險人關　係	□配偶□子女□父母 □其他＿＿＿ 順位或比例

☆受益人如有一人以上時，除特別指定比例或順位外，由該項保險金之所有受益人平均分配；如未指定身故受益人，則約定為法定繼承人且依民法繼承篇相關規定。

保險期間	自民國　年　月　日中午十二時起至民國　年　月　日中午十二時止		
保險費繳納方式	年繳	付款方式	□ 信用卡(請填寫信用卡繳付保險費授權書)　□ 現金

保障內容與投保計劃別		□ 方案一 PL627	□ 方案二 PL626	□ 方案三 PL753
個人責任保險（每一事故自負額 2500 元）		5 萬	5 萬	5 萬
附加傷害保險		200 萬	100 萬	--
一般意外殘廢保險金		--	--	200 萬
特定事故保險金	搭乘大眾運輸工具身故或殘廢	800 萬	--	--
	遭遇火災事故身故或殘廢	400 萬	100 萬	--
	遭遇地震事故身故或殘廢	400 萬	100 萬	--
	出入或乘坐電梯身故或殘廢	400 萬	100 萬	--
重大燒燙傷保險金		200 萬	--	--
海外活動期間保障身故或殘廢保險金		100 萬	--	--
特別看護費用保險金		--	--	100 萬
意外門診手術保險金		--	--	1000 元/次
傷害醫療保險給付附加條款	傷害醫療保險金日額	2000 元/日	1000 元/日	1000 元/日
	加護病房日額保險金	4000 元/日	2000 元/日	2000 元/日
	燒燙傷病房保險金	6000 元/日	3000 元/日	--
	救護車運送保險金	2000 元/次	2000 元/次	--
	出院療養保險金	--	--	500 元/日
	出院慰問保險金	--	--	2000 元/次
	實支實付傷害醫療保險金(甲型)	3 萬	--	5 萬
總保險費(年繳)		**2,747** 元	**1,065** 元	**1,287** 元

☆如需參考其他相關商品資訊，可查閱本公司網站或洽服務人員辦理。

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。

一.被保險人過去兩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、尿毒症、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

□否 □是＿＿＿＿＿＿

二.被保險人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〇・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

□否 □是＿＿＿＿＿＿

自動續約(甲型)附加條款同意事項

要保人茲約定蘇黎世產物自動續約(甲型)附加條款，由蘇黎世產物依本附加條款之約定，對上列投保項目逐年辦理自動續約。 □同意 □不同意

聲明事項

1.本人(被保險人)同意蘇黎世產物保險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公司得依「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。

注意事項：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所致被保險人死亡或殘廢，蘇黎世產險對附加有「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之傷害保險，其給付金額最高以新台幣二百萬元為限。(99.2.10(99)產健字第 018 號函備查(公會版))

編號：　姓名：
身分證：　出生：　年　月　日
電話/手機：
地址：

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)

配偶簽名 ＿＿＿＿＿＿
(如有投保特定事故給付附加條款之與配偶同一事故身故者)

以下由保險公司填寫　進件序號：＿＿＿＿＿＿

出單單位：　活動代號：　專案代號：

業務來源：　目標市場：　業務性質：

要保日期：中華民國　年　月　日

業務性質		專案代號		業務來源		目標市場		活動代號		業務人員/簽署人
核保人		複審		承辦人		單位		經手人		
								B8114G		