



# 銀髮錦囊妙計



## 商品特色

### A 高齡承保免擔心

專為高齡銀髮族設計之保單，承保年齡為60歲至80歲，最高續保至90歲

### B 安心守護真用心

搭乘大眾運輸工具保障加倍

### C 醫療照顧很貼心

重大燒燙傷給付

### D 看護升級請放心

特別看護，只要符合第一級至第三級失能程度，經登記合格的醫院治療後判斷需特別看護者

### E 費用補償好安心

輔助器具，因意外造成第一級失能程度，經登記合格的醫院或診所醫師診斷需要輔助器具者

### F 醫材補助有用心

最常發生之人工髖關節、膝關節與水晶體提供購置給付

### G 自動續約好省心

簡化續保流程，保障不中斷

### H 守護你我揪甘心

保費負擔好輕鬆，投保簡單免體檢

## 專案內容

| 華盛新日壽險 |        |                            |       |        |
|--------|--------|----------------------------|-------|--------|
| 項次     | 保障內容   | 給付項目                       | 銀髮妙計  | 錦囊妙計   |
| 1      | 意外傷害保障 | 意外身故或失能保險金                 | 50萬   | 100萬   |
| 2      |        | 重大傷害失能保險金(符合1~6級失能)        | 25萬   | 50萬    |
| 3      |        | 重大燒燙傷保險金(分級給付)             | 50萬   | 100萬   |
| 4      |        | 搭乘陸海空大眾運輸工具身故或失能保險金        | 150萬  | 300萬   |
| 5      |        | 特別看護費用保險金                  | 25萬   | 50萬    |
| 6      |        | 輔助器具費用保險金                  | 5萬    | 10萬    |
| 7      |        | 醫材補助保險金<br>(人工髖關節、膝關節、水晶體) | 3萬    | 6萬     |
| 保險費    |        | 投保年齡60~69                  | 1,952 | 3,904  |
|        |        | 投保年齡70~79                  | 4,326 | 8,651  |
|        |        | 投保年齡80~90                  | 6,508 | 13,014 |

單位:新台幣/元



### 重大傷害失能

因意外造成第一級至第六級失能程度之一。



### 輔助器具

因意外造成第一級失能程度之一，所需醫療器材類與非醫療器材類輔助器具。



### 特別看護

因意外造成第一級至第三級失能程度之一，經合格的醫院治療後判斷需特別看護。



### 醫材補助

因意外造成需更換人工髖關節、人工膝關節、人工水晶體等醫材之購置補助保險金。

## 投保須知

### 一、投保資格及職業類別

1. 要保人須年滿20足歲。
2. 被保險人：投保年齡60歲至80歲，可續保至90歲(保險年齡)。

### 3. 投保時要保人及被保險人須在中華民國境內。

(保險年齡：投保時，實際年齡有未滿一歲但超過六個月之零數時，其保險年齡按實際年齡加計一歲；若零數未超過六個月者，保險年齡即為實際年齡。)

### 二、被保險人與要保人之關係

限本人、配偶、父母或子女。

## 商品名稱

兆豐產物樂齡個人傷害保險、兆豐產物樂齡個人傷害保險醫材補助給付附加條款、兆豐產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款、兆豐產物自動續保附加條款

## 給付項目

身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金、重大傷害失能保險金、大眾運輸工具傷害賠償保險金、重大燒燙傷保險金、輔助器具費用保險金、特別看護費用保險金、人工髖關節醫材購置補助保險金、人工膝關節醫材購置補助保險金、人工水晶體醫材購置補助保險金

## 商品文號

108年8月21日兆產備字第1084300510號函備查、109年3月6日依108年6月21日金管保壽字第10804920500號函修正、108年8月21日兆產備字第1084300511號函備查、103年4月29日兆產備11510302428號函備查、107年8月15日依107年6月7日金管保壽字第10704157330號函逕修、106年8月4日兆產備字第1064300589號函備查

消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。

本保險商品簡介內容僅供參考，詳細內容悉以正式保單條款為準。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。本保險商品未提供契約撤銷權；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。本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率(預定附加費用率)最高44%，最低44%。如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話：0800-053-588)或網站(網址：https://www.cki.com.tw)，以保障您的權益。本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站查閱，或親臨本公司(10044台北市中正區武昌街一段五十八號)及各分支機構洽詢。

109年11月版





## 兆豐產物個人保險要保書

- ※ 本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站（<https://www.cki.com.tw>）查閱，或親蒞本公司(100 台北市武昌街一段五十八號)及各分支機構洽詢。
- ※ 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。
- ※ 被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依契約條款之約定返還未滿期保險費。
- ※ 本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。

112 年 1 月 18 日兆產個保字第 1115400989 號函送保險商品資料庫

|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   |                                                                   |                                                                                                   |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 保單號碼                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          | 第 號               |                                                                   | 原保單號碼：                                                                                            |                  |
| 保險期間                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          | 自民國 年 月 日 24 時起一年 |                                                                   |                                                                                                   |                  |
| 被保險人                                                                                                                                                                                             | 姓名                                                                                                                                                                       | 身分證統一編號           |                                                                   | 出生日期                                                                                              | 民國 年 月 日         |
|                                                                                                                                                                                                  | 住所                                                                                                                                                                       |                   |                                                                   | 國籍                                                                                                | 保險年齡             |
|                                                                                                                                                                                                  | 電話<br>(公司) (住家) (手機)                                                                                                                                                     | E-MAIL            |                                                                   | ※.數字 0 請以 0 書寫                                                                                    |                  |
|                                                                                                                                                                                                  | 服務單位                                                                                                                                                                     | 工作內容              | 職業類別                                                              | 與要保人之關係                                                                                           |                  |
| 要保人                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 同被保險人(可免填以下要保人欄位)                                                                                                                               |                   | 電子保單                                                              | <input type="checkbox"/> 本人同意使用【電子保單且不寄送紙本保單】寄送至指定要保人之 E-MAIL 帳號，勾選電子保單手機號碼及 E-MAIL 必填，若有缺漏則改發紙本。 |                  |
|                                                                                                                                                                                                  | 姓名                                                                                                                                                                       | 身分證統一編號           |                                                                   | 出生日期                                                                                              | 民國 年 月 日         |
|                                                                                                                                                                                                  | 住所                                                                                                                                                                       |                   |                                                                   | 國籍                                                                                                |                  |
|                                                                                                                                                                                                  | 電話<br>(公司) (住家) (手機)                                                                                                                                                     | E-MAIL            |                                                                   | ※.數字 0 請以 0 書寫                                                                                    |                  |
| 商品名稱                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          | 承保項目              |                                                                   | 投保方案(單位：新台幣元)                                                                                     |                  |
|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   |                                                                   | 方案 A                                                                                              | 方案 B             |
| 兆豐產物<br>樂齡個人<br>傷害保險                                                                                                                                                                             | 身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金                                                                                                                                                      |                   | 50 萬                                                              |                                                                                                   | 100 萬            |
|                                                                                                                                                                                                  | 重大傷害失能保險金                                                                                                                                                                |                   | 25 萬                                                              |                                                                                                   | 50 萬             |
|                                                                                                                                                                                                  | 大眾運輸工具傷害賠償保險金                                                                                                                                                            |                   | 150 萬                                                             |                                                                                                   | 300 萬            |
|                                                                                                                                                                                                  | 重大燒燙傷保險金                                                                                                                                                                 |                   | 50 萬                                                              |                                                                                                   | 100 萬            |
|                                                                                                                                                                                                  | 特別看護費用保險金                                                                                                                                                                |                   | 25 萬                                                              |                                                                                                   | 50 萬             |
|                                                                                                                                                                                                  | 輔助器具費用保險金                                                                                                                                                                |                   | 5 萬                                                               |                                                                                                   | 10 萬             |
| 附加條款                                                                                                                                                                                             | 醫材補助<br>給付                                                                                                                                                               | 人工髖關節醫材購置補助保險金    |                                                                   | 3 萬                                                                                               | 6 萬              |
|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          | 人工膝關節醫材購置補助保險金    |                                                                   | 3 萬                                                                                               | 6 萬              |
|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          | 人工水晶體醫材購置補助保險金    |                                                                   | 3 萬                                                                                               | 6 萬              |
| 年繳保險費                                                                                                                                                                                            | 60 歲~69 歲                                                                                                                                                                |                   | <input type="checkbox"/> 1,952 元                                  | <input type="checkbox"/> 3,904 元                                                                  |                  |
|                                                                                                                                                                                                  | 70 歲~79 歲                                                                                                                                                                |                   | <input type="checkbox"/> 4,326 元                                  | <input type="checkbox"/> 8,651 元                                                                  |                  |
|                                                                                                                                                                                                  | 80 歲~90 歲                                                                                                                                                                |                   | <input type="checkbox"/> 6,508 元                                  | <input type="checkbox"/> 13,014 元                                                                 |                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款：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，不論其是否有其他原因或事件同時或先後介入所致被保險人死亡或失能，其給付額度依本附加條款約定辦理。<br>※以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其給付依保險法第一百零七條之一規定辦理。 |                                                                                                                                                                          |                   |                                                                   |                                                                                                   |                  |
| 是否加保續保附加條款                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                          |                   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若未勾選視為不加保) |                                                                                                   |                  |
| 繳費方式 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥 <input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> _____                                           |                                                                                                                                                                          |                   |                                                                   |                                                                                                   |                  |
| 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)： <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(請勾選)： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否，如勾選是者，請提供相關證明文件。                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |                   |                                                                   |                                                                                                   |                  |
| 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)：                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |                   |                                                                   |                                                                                                   |                  |
| (1) 實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (2) 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                      |                                                                                                                                                                          |                   |                                                                   |                                                                                                   |                  |
| 受益人                                                                                                                                                                                              | 1. 倘受益人指定一人以上時，請註明分配比例或順位別，若未註明則為所有受益人平均分配。<br>2. 受益人如未指定時，則為被保險人之法定繼承人。<br>3. 傷害險失能、醫療及健康險之各項保險金受益人為被保險人本人，不受理其變更或指定。被保險人身故時，如本契約保險金尚未給付或未完全給付，則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。 |                   |                                                                   |                                                                                                   |                  |
|                                                                                                                                                                                                  | 身故保險金<br>受益人姓名                                                                                                                                                           | 與被保險人關係           | 身分證統一編號                                                           | 出生日期/國籍                                                                                           | 身故保險金受益人<br>聯絡地址 |
|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   |                                                                   |                                                                                                   |                  |

【請續填下頁】

【接續上頁】

【告知事項】

要保人及被保險人對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，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得依照保險法第六十四條解除本保險契約。

一、被保險人之職業及兼業：\_\_\_\_\_。

二、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(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

三、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、吞嚥或言語機能等障害。7. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。

☐是 ☐否

以上各項答覆為「是」時，請註明號數並詳加說明，如有診察治療記錄，請告知病名（外傷者，含受傷部分）、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。

【聲明事項】

一、本人（被保險人）同意兆豐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）同意兆豐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）同意兆豐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。

四、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兆豐產物保險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兆豐產物保險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，而兆豐產物保險公司仍承保者，兆豐產物保險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兆豐產物保險公司者，同意兆豐產物保險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。

【注意事項】

※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。

※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。

※兆豐產物保險公司保有承保與否之最終權利。

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

要保日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 （要／被保險人未成年者需由法定代理人簽名）

下列欄位由保險公司填寫

| 兆豐產險欄位 | 主管核定 | 核保 | 經辦 | 業務員簽名   |    | 保經代欄位 | 業務員簽名   |  | 保代/保經簽署章 |
|--------|------|----|----|---------|----|-------|---------|--|----------|
|        |      |    |    | 業務員登錄字號 |    |       | 業務員登錄字號 |  |          |
|        |      |    |    | 保經代代號   |    |       | 營業單位名稱  |  |          |
|        |      |    |    | 代號      | E7 |       | 營業單位代號  |  |          |

# 兆豐產物保險股份有限公司

## 保險需求及適合度評估暨業務員報告書

險別：☐傷害保險 ☐健康保險 ☐微型保險〔請填\*問項〕  
☐旅行平安保險〔由團體成員自行全額負擔保費者，以要保人(單位)為主填報一份〕

### 壹、要/被保險人資料

#### 一、基本資料、體況：

##### (一)要/被保險人之基本資料

|               |                                                                   |                                                               |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|               | 要保人                                                               | 被保險人 / <input type="checkbox"/> 同要保人                          |
| 姓 名           |                                                                   |                                                               |
| 身 分 證<br>統一編號 |                                                                   |                                                               |
| 國 籍           | <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍         | <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍     |
| 職 業           | <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業     | <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業 |
| 法 人<br>負 責 人  | <input type="checkbox"/> 本國<br><input type="checkbox"/> 外國        |                                                               |
| 法 人<br>註 冊 地  | <input type="checkbox"/> 本國<br><input type="checkbox"/> 外國        |                                                               |
| 法 人<br>營 業 地  | <input type="checkbox"/> 本國<br><input type="checkbox"/> 外國        |                                                               |
| 客 戶 屬 性       | <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三) |                                                               |

(如為外國請填寫國別)

##### (二)被保險人之健康狀態：(旅行平安保險免填)

- 外觀體況：☐健康 ☐普通 ☐肥胖 ☐虛弱 ☐蒼白 ☐黃疸 ☐病態
- 被保險人的四肢五官是否有殘缺障礙或畸形：☐是 ☐否，若“是”請註明詳情\_\_\_\_\_。

\* (三)過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上：  
☐是 ☐否，若是，請說明居住國家(地區)\_\_\_\_\_。

\* (四)要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)：☐是 ☐否，若是，請說明\_\_\_\_\_。

\* (五)要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序：  
☐是 ☐否。

#### 二、要/被保險人投保目的：

- ☐增加保障 ☐風險移轉 ☐子女教育經費  
☐房屋貸款 ☐旅行保障 ☐其他\_\_\_\_\_

#### 三、要/被保險人/身故受益人身分之確認：

- (一)要/被保險人關係：\_\_\_\_\_ ☐本人  
 (二)身故受益人是否指定配偶或直系親屬：  
☐是 ☐否，若“否”請詳填下欄：

|           |  |
|-----------|--|
| 受 益 人 姓 名 |  |
| 身 分 證 號 碼 |  |
| 與被保險人關係   |  |
| 指定該受益人的原因 |  |

#### 四、要/被保險人或家中主要經濟者之財務狀況：

##### (一)要保人年收入與其他收入：

- ☐0~30 萬 ☐31 萬~60 萬 ☐61 萬~100 萬  
☐101 萬~150 萬 ☐151 萬以上\_\_\_\_\_萬

##### (二)被保險人年收入與其他收入：(同要保人免填)

- ☐0~30 萬 ☐31 萬~60 萬 ☐61 萬~100 萬  
☐101 萬~150 萬 ☐151 萬以上\_\_\_\_\_萬

##### (三)要保人家庭年收入：

- ☐0~30 萬 ☐31 萬~60 萬 ☐61 萬~100 萬  
☐101 萬~150 萬 ☐151 萬以上\_\_\_\_\_萬

##### (四)被保險人家庭年收入：(同要保人免填)

- ☐0~30 萬 ☐31 萬~60 萬 ☐61 萬~100 萬  
☐101 萬~150 萬 ☐151 萬以上\_\_\_\_\_萬

##### (五)家中主要經濟者姓名：\_\_\_\_\_，為被保險人之：

- ☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他\_\_\_\_\_

#### 五、要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險：

- ☐否 ☐是，公司名稱：\_\_\_\_\_

#### 六、繳交保險費的資金來源：

- ☐工作收入 ☐投資收入 ☐儲蓄 ☐退休金 ☐解約  
☐保單借款 ☐貸款 ☐其他\_\_\_\_\_

#### 七、要保人與被保險人於投保前3 個月內是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款？ ☐是 ☐否

### 貳、業務員招攬經過

- 一、本契約是經由：☐陌生拜訪 ☐原已相識 ☐朋友/保戶介紹 ☐要/被保險人要求 ☐其他\_\_\_\_\_。
- 二、要保書上是否確係由要/被保險人及法定代理人簽名或要保單位正式蓋章確認：☐是 ☐否
- 三、招攬時是否確認要保人(要保單位)/被保險人及法定代理人之身分，並核對要保書填載內容確實無誤：☐是 ☐否
- 四、本保單之規劃，要保人與被保險人是否已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保費、保額及保障需求間之適當性，且符合投保條件，無僅以理財、節稅、資金運用作為招攬之主要訴求及未有鼓勵或勸誘以貸款或保險單借款方式購買保險：☐是 ☐否
- 五、招攬時是否已向要保人與被保險人說明本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險：☐是 ☐否
- 六、招攬人員已瞭解要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可足資傳遞電子文件之聯絡方式(保險契約係以電子保單型式出單者適用)：☐是 ☐否

### 參、業務員聲明事項

※要保書之被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確經本人當面向要、被保險人說明並核對身分證件，且由要、被保險人親自填寫要保書及簽名無誤。

※本人向要、被保險人招攬時，已評估過要、被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額的相當性，要保人確已瞭解其所繳保費係用以購買保險商品，並於面見要、被保險人後作成本保險需求及適合度評估暨業務員報告書，如有不實致兆豐產險受損害時，願負賠償責任，特此聲明。

註一：(1)產險公會報主管機關備查行業：律師、會計師、公證人，或是合夥人或受僱人。軍火商、不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石及貴金屬交易所、藝術品/骨董交易所、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博弈產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易所  
 (2)配合金控母公司 CRR 一致性新增行業：金融業。信託及公司服務供應商。賭場。金融服務業及保險業。預付卡及移動支付和互聯網支付服務業。金錢或價值轉移服務業。證券業。非營利組織之社團法人。國際貿易商。

註二：本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。

註三：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者：  
 (1)依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構：國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。  
 (2)要保人或被保險人為法人，接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。

單位經辦 招攬單位 業務員親簽 簽署人簽章 日期  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



兆豐保險

兆豐產物保險股份有限公司

CHUNG KUO INSURANCE CO., LTD.

信用卡付款授權書

保險種類:健康及傷害險

信用卡卡號: \_\_\_\_\_ 有效日期(西元): \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 年

信用卡種類: ☐VISA(4) ☐MASTER(5) ☐JCB(3) ☐AE\*(3763、3776)

授權碼(由保險公司填寫):

法人授權信用卡付款聲明書  
茲聲明授權書內信用卡之持卡人為  
法人要保人負責人，並同意以授權書內  
信用卡帳戶扣繳本公司保險費。

立書日期: \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

付款金額: \_\_\_\_\_ 元

持卡人身分證號碼: \_\_\_\_\_ (請務必填寫)

發卡銀行:

要保人簽章:

(須為保險公司配合之發卡機構，查詢網址：  
<https://www.cki.com.tw/Page/Index/83>)

持卡人連絡電話:

\*請與要保書簽名相同

授權人(持卡人)親自簽名:

授權人(持卡人)姓名:

\*請與信用卡背面簽名式樣相同

\*請正楷填寫中文全名

\*請擇一勾選下列關係

信用卡持卡人為

一、要保人之 1. ☐本人、2. ☐法人負責人二、被保險人之 1. ☐本人、2. ☐配偶、3. ☐子女、4. ☐父母、5. ☐孫子女、6. ☐祖父母、7. ☐兄弟姊妹

\*非要/被保人本人時請提供身分證正反面、或戶籍謄本、或戶口名簿等關係證明文件影本。關係為法人負責人者須同經濟部商業司「商工登記公示資料查詢服務」查詢該法人之「代表人」，如無於商工登記資料請於上開聲明書用印佐證

本授權書所列關係為遵照 109 年 8 月 14 日金管保壽字第 1090425855 號函文規範辦理。

附加續保條款  
信用卡授權約定事項

持卡人(須為要保人、被保險人本人或被保險人之父母、配偶、子女)同意以本授權書之信用卡支付上開保險之 ☐首期 ☐續期 ☐首期及續期保險費(未勾選者視同授權支付首期及續期)。

- 一、授權人(持卡人)同意以信用卡支付上開保險費金額予兆豐產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)，並保證上列信用卡資料均詳實無訛。
- 二、本項交易經發卡機構及「信用卡輔助持卡人身分驗證平台」核准後，當即寄發保險費收據予被保險人，若未獲核准則本保險費信用卡付款授權書自動失效，本公司得重新收費。
- 三、授權人(持卡人)瞭解本公司依個人資料保護法所告知之事項(網址:<https://www.cki.com.tw/home/privacy>)，且同意基於繳納保費之目的，本公司得蒐集、處理及利用授權人(持卡人)於保險費信用卡付款授權書上載明之個人資料(含關係證明文件)。
- 四、本授權書限使用右述網址內所列發卡機構發行之信用卡(網址:<https://www.cki.com.tw/Page/Index/83>)，且授權人(持卡人)同意由發卡機構確認授權書上載明授權人(持卡人)之信用卡及個人資料身分無誤後授權書始生效力。

兆豐產險服務人員

承辦人:

電話:

傳真號碼:

智能客服

您可掃描右方 QR Code 或連結  
下方網址使用本公司智能客服  
查詢保單、理賠、繳費等問題  
<https://robot.cki.com.tw>



保單服務人員(含業務員)須對授權書填寫之內容，  
包含信用卡資料、身分證文件、關係資訊、授權  
人和要保人簽名等審核無誤。

保單服務人員(含業務員)簽章處: