



三井住友海上集團

## 明台產物保險股份有限公司

總公司：臺北市仁愛路四段一號 電話：(02) 2772-5678 傳真：(02) 2772-6666

※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。

※資訊公開聲明：本公司為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益，有關本公司資訊公開說明事項，請至本公司網址(<http://www.msig-mingtai.com.tw>)查閱，或至本公司總分支機構查閱及索取資訊公開之書面文件。

※免費申訴電話：0800-099-080

※本保險商品為非保證續保之健康保險。

## 明台產物健康保險要保書

101.2.15 明商企字第 1010069 號函備查

保險期間：自民國 年 月 日午夜 12 時起，為期一年。（保險期間由本公司填寫）

保險單號碼	第	號，本單係	第	號續保
-------	---	-------	---	-----

※要保人【請以正楷填寫，如有塗改者，請要保人於塗改處簽名確認。】

姓名	身分證統一編號	與被保險人關係：
住所 (通訊地址)		電話 公司： 住家： 行動電話：

## ※被保險人

姓名	身分證統一編號	與被保險人關係：
出生日期	年 月 日	年齡 歲，(以足歲計算、超過六個月加一歲)
住所 (通訊地址)		電話 公司： 住家： 行動電話：

投保紀錄

※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？

(一) 實支實付型傷害醫療保險：是 否

(二) 實支實付型醫療保險：是 否

※被保險人是否投保其他保險公司之傷害保險？是 否 (若是，請詳列於下)

公司名稱	傷害險保額	醫療險保額	投保日期
		日額： 實支實付：	年 月 日
		元 萬元	

## ※保險內容

險種名稱	專案/保險金額								
	<input type="checkbox"/> 方案一	<input type="checkbox"/> 方案二	<input type="checkbox"/> 方案三	<input type="checkbox"/> 方案四	<input type="checkbox"/> 方案五	<input type="checkbox"/> 方案六	<input type="checkbox"/> 方案七	<input type="checkbox"/> 方案八	
主契約	初次罹患癌症保險金	30萬	50萬	80萬	100萬	30萬	50萬	80萬	100萬
	原位癌保險金	3萬	5萬	8萬	10萬	3萬	5萬	8萬	10萬
附約	癌症住院醫療費用 (最高給付 180 天)	每日 1,000	每日 1,000	每日 1,000	每日 1,000	每日 2,000	每日 2,000	每日 2,000	每日 2,000
附加條款									
總保險費 (新臺幣元)									

※健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司以被保險人身故日(含)起算，按日數比例計算未滿期保費退還要保人。

## ※告知事項

**【本要保書所載告知事項，敬請對下列告知事項應據實告知並親自填寫，如有隱匿、遺漏或不實之說明，足以影響本公司對危險之估計，依保險法第六十四條規定保險公司得解除契約。】**

被保險人工作內容	服務機關	身高：_____公分
職 稱	兼 職	體重：_____公斤
一、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？（亦可提供檢查報告代替回答）……… <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 二、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？……… <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 三、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？……… <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (1) <input type="checkbox"/> 高血壓症（指收縮壓 140mm 舒張壓 90 mm 以上） <input type="checkbox"/> 狹心症 <input type="checkbox"/> 心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 心肌肥厚 <input type="checkbox"/> 心內膜炎 <input type="checkbox"/> 風濕性心臟病 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 <input type="checkbox"/> 主動脈血管瘤 (2) <input type="checkbox"/> 腦中風（腦出血、腦梗塞） <input type="checkbox"/> 腦瘤 <input type="checkbox"/> 腦動脈血管瘤 <input type="checkbox"/> 腦動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 重症肌無力 <input type="checkbox"/> 智能障礙（外表無法明顯判斷者） <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 精神病 (3) <input type="checkbox"/> 肺氣腫 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張症 <input type="checkbox"/> 塵肺症 <input type="checkbox"/> 肺結核 (4) <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 肝內結石 <input type="checkbox"/> 肝硬化 <input type="checkbox"/> 肝功能異常（檢驗值有異常情形者） (5) <input type="checkbox"/> 腎臟炎 <input type="checkbox"/> 腎病症候群 <input type="checkbox"/> 腎機能不全 <input type="checkbox"/> 尿毒 <input type="checkbox"/> 腎囊胞 (6) <input type="checkbox"/> 視網膜剝離或出血 <input type="checkbox"/> 視神經病變 (7) <input type="checkbox"/> 癌症（惡性腫瘤） (8) <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血） <input type="checkbox"/> 紫斑症 (9) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 類風濕性關節炎 <input type="checkbox"/> 肢端肥大症 <input type="checkbox"/> 腦下垂體機能亢進或低下 <input type="checkbox"/> 甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下 (10) <input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 膠原症 (11) <input type="checkbox"/> 愛滋病或愛滋病帶原		四、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？… <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (1) <input type="checkbox"/> 酒精或藥物濫用成癮 <input type="checkbox"/> 眩暈症。 (2) <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍或出血 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 胰臟炎 (3) <input type="checkbox"/> 肝炎病毒帶原 <input type="checkbox"/> 肝膿瘍 <input type="checkbox"/> 黃疸 (4) <input type="checkbox"/> 慢性支氣管炎 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 肺膿瘍 <input type="checkbox"/> 肺栓塞 (5) <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 高血脂症 (6) <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白內障 (7) <input type="checkbox"/> 乳腺炎 <input type="checkbox"/> 乳漏症 <input type="checkbox"/> 子宮內膜異位症 <input type="checkbox"/> 陰道異常出血（女性被保險人回答） 五、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 六、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 七、是否已確知懷孕？如是，已經幾週？（女性被保險人回答） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 上述告知事項若勾選「是」者，請詳細說明項目，如有診療紀錄，請告知診治原因、大約診治日期、病名、治療方式、就診醫院、治療結果。

## ※聲明事項

- 本人（被保險人）同意明台產物保險公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- 本人（被保險人、要保人）同意明台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，不得僅以前開資料為承保與否之依據。
- 本人（被保險人、要保人）同意明台產物保險公司得依「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。
- 實支實付型醫療保險適用：  
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明台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明台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，而明台產物保險公司仍承保者，明台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明台產物保險公司者，同意明台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，但明台產物保險公司應以「日額」方式給付。

**※本人(被保險人、要保人)已確認基本資料、告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽章。**

此 致

明台產物保險股份有限公司

申請日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

要保人簽章：\_\_\_\_\_

被保險人簽章：\_\_\_\_\_

法定代理人簽章：\_\_\_\_\_

（未滿 20 歲者由法定代理人代簽）

核保欄	核保	輸入	統計單位	簽署人章	服務人代號	業務員簽名
						業務員登錄字號