

1. 本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：<https://www.chubb.com/tw> 或洽免付費服務專線 0800-339-899 或至本公司(台北市信義路 5 段 8 號 10 樓)查詢。  
 2. 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。  
 3. 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。  
 4. 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。

QR code

## 一、基本資料及要保事項

※以下內容請以正楷清楚填寫，如有塗改，請於塗改處簽名確認。

要保人		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日	身分證字號 (統一證號)						
聯絡電話	日( ) 分機：			夜( )		手機：		關係	係被保險人之			
聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (本公司催告及有關各項通知之送達以聯絡地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)					E-Mail						
被保險人	<input type="checkbox"/> 同要保人	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日	身分證字號						
聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (本公司催告及有關各項通知之送達以聯絡地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)											
公司名稱			職稱			工作內容			副業	(如無可省略)		
保險生效日	自民國 年 月 日翌日零時起為期一年											
保險內容												
繳費方式					繳別							

被保險人是否已投保其他商業實支付型傷害醫療保險或實支付型醫療保險？  否  是被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？  否  是，如勾選是者，請提供相關證明文件。

身故保險金受益人：

1. 各項醫療保險金或失能保險金受益人限被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。2. 指定受益人若超過一人，未註明保險給付比例或順位，則以均分方式辦理。勾選順位但未加註序號，以填寫順序為準。3. 身故保險金受益人若未指定，以被保險人之法定繼承人為受益人。4. 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。

姓名	身分證字號	與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 分配比例 (請加註序號)	電話	聯絡地址
			<input type="checkbox"/>	不同意提供身故保險金受益人聯絡地址及電話	

## 二、被保險人健康告知事項：被保險人告知事項，請要保人親自據實回答，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，本公司得依保險法第六十四條規定解除保險契約且不退還已繳之保險費。

是 否

- 1、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？  
 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、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、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病、酒精或藥物濫用成癮、眩晕症、視網膜出血或剝離、視神經病變。
- 2、目前身體機能是否有下列障礙（請勾選）：  
 失明、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○·三以下、聾、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、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障礙、四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。

上述若告知為『是』，請說明大約發生時間、診斷病名、醫院、大約治療日期與期間、治療方式、有無復發、目前狀況：

## 三、保單生效

1. 本保險契約之生效日，以本公司同意承保且要保人繳付保險費或其指定之信用卡扣款或帳戶轉帳成功後，溯及「保險單上所載之日時」。

## 四、聲明事項

1. 本人(被保險人)同意貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。  
 2. 本人(被保險人、要保人)同意 貴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。  
 3. 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。  
 4. 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司就本人個人資料，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。  
 5. 本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支付型傷害醫療保險或實支付型醫療保險之受益人，申請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貴公司二張以上之商業實支付型傷害醫療保險或實支付型醫療保險；或本人於投報時已通知 貴公司有投保其他商業實支付型傷害醫療保險或實支付型醫療保險，而貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該保險條款約定負給付責任。如有重複保險而未通知 貴公司，同意 貴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。

■本人已知悉本要保書所載『告知事項』及『聲明事項』之內容，並同意接受其相關內容之約束。

■本人（要保人）已受告知並瞭解所投保商品之重要內容及投保須知等相關事宜。

要保人簽名：

未成年人其法定代理人簽名：

被保險人簽名：

申請日期： 年 月 日

保險經紀人/代理人受理編號：

單位名稱/代號	保險經紀/代理人受理日	保險經紀/代理人簽署章	保險公司受理欄
業務員簽名/員工編號			
登錄證號/手機	受理編號：		職級：

(以下非必要簽名之部份)  
XXXX 專案 2020.01.01