

# 珍愛99

國泰產物個人突發傷病保險

我要有尊嚴、不要變人球

可傳真投保  
可單獨投保

想要提高住院醫療、卻不想繳高額の醫療保費嗎？

每日輕鬆3.6元起，意外或疾病住院都有補貼！

讓我們提起捍衛家人的筆，珍愛自己與家人！

✓ 本險保費較同性質壽險保單的保費低廉，可作為提高日額保障的補充保單。

✓ 突發傷病險無等待期間，可直接銜接健康險日額的缺口。

**保障範圍** ※ 詳細內容以保單條款為準

係指被保險人於本契約生效日前180天內，未曾接受疾病或意外傷害事故之住院治療者。

但保單屆期本公司仍接續承保時，對前述所稱之疾病或意外傷害事故，不受該180天之限制。

保障項目 / 計畫型別選擇		A36型	A37型	A38型
突發傷病	突發傷病住院醫療保險金(日額)(每事故最高90日)	1,500元	2,000元	2,500元
	突發傷病加護病房或燒燙傷病房保險金(日額)(每事故最高45日)	3,000元	4,000元	5,000元
	突發傷病急診醫療保險金(達6小時以上)	最高1,500元	最高2,000元	最高2,500元
	突發傷病特別慰問金(次)(住院90日以上)	75萬元	100萬元	125萬元
	重大燒燙傷保險金(次)	75萬元	100萬元	125萬元
總保費	年齡：0~未達15足歲	1,470元	1,950元	2,420元
	年齡：15足歲~54歲	1,330元	1,760元	2,200元
	年齡：55~64歲	3,650元	4,840元	—

**商品文號/給付項目：**

條款名稱 / 文號	主要給付項目
國泰產物個人突發傷病保險 備查文號：99.07.30(99)企字第200-316號 104.08.04依金融監督管理委員會104.06.24金管保壽字第10402049830號函修正	突發傷病住院醫療保險金、突發傷病加護病房或燒燙傷病房保險金、突發傷病急診醫療保險金、突發傷病特別慰問保險金、重大燒燙傷保險金。
國泰產物個人續保附加條款 備查文號：99.04.30(99)企字第200-159號	同主保險契約。

**投保注意事項**

- ◎ 本專案專為0歲至64歲(保險年齡)且職業類別屬第一類至第六類而設計，每一被保險人之最高投保額度不得超過於國泰產險之承保限制。
- ◎ 第五、六類限保A36型、A37型，且年齡達60歲以上者不保。
- ◎ 家管、農夫、臨時工、無業者限保A36型、A37型。
- ◎ 外籍勞務監領人士不得投保本專案，外籍專業工作白領人士限保A36型、A37型，需提供居留證或工作證。
- ◎ 本專案每一被保險人僅得投保一次，且保險期間內不受計畫別轉換。
- ◎ 如要保書告知事項有勾填“是”者，由核保依個案狀況審核。如有慢性疾病，包括但不限於高血壓、糖尿病、癌症、精神疾病、免疫系統疾病、脊椎疾病等，請檢附疾病問卷。
- ◎ 從事兩項以上職業者，保險費將以危險性較高者計算。
- ◎ 為保障被保險人權益，如日後職業變更者，請務必通知國泰產險辦理變更事宜。如所變更的職業或職務非本公司承保範圍，於保險事故發生時國泰產險將不予理賠並終止該保險契約，另自事故發生日計算退還未滿期保費。
- ◎ 國泰產險保留承保與否及調整續年度保費之權利。其他未盡事宜，悉依國泰產險保單條款規定辦理。
- ◎ 本商品為保險商品，依保險法及其他相關規定，受「財團法人保險安定基金」之保障，但不受存款保險之保障。
- ◎ 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39.0%，最低39.0%；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：0800-036-599按2)或網站(網址：www.cathayholdings.com/insurance/)，以保障您的權益。

◎ 本簡僅供參考，詳細內容請以保單條款為準。

◎ 查詢本公司資訊公開說明文件：[www.cathayholdings.com/insurance](http://www.cathayholdings.com/insurance)；

免費申訴電話：0800-036-599按2。

◎ 本保險商品為非保證續保之健康保險。

搜尋 國泰產險 成為我們 facebook 的粉絲！

如有任何疑問，請來電由服務人員來替您服務：



國泰產物個人保險要保書

108.12.01國產精字第1081200001號函送保險商品資料庫  
109.07.24國產精字第1090700005號函送保險商品資料庫

※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。

受理編號：02109016

<b>保險單號碼</b>		字第	號(本公司填)	<input type="checkbox"/> 1.新保 <input type="checkbox"/> 2.續保，原保單號碼：		
<b>要保人</b>	姓名或名稱					
	身分證字號或統一編號			要保單位負責(代表)人		
	出生日期	民國	年	月	日(年齡： ) 性別 1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女	
	關係	被保險人之： <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶 <input type="checkbox"/> 3.父母 <input type="checkbox"/> 4.子女 <input type="checkbox"/> 5.僱佣 <input type="checkbox"/> 6.其他 _____				
	聯絡電話	電話：( )	分機	手機：		
	住所(通訊處)	□□□□				
電子信箱	保單型式(擇一)： <input type="checkbox"/> 1.電子保單 <input type="checkbox"/> 2.紙本保單+電子條款 <input type="checkbox"/> 3.紙本保單+紙本條款 * 選電子保單者，手機及電子信箱均須填寫；非電子保單者，手機及電子信箱請擇一填寫。 * 選紙本保單+電子條款者可掃描QR Code下載保單條款或至保險事業發展中心網站查詢。 * 若均未勾選者視同選紙本保單+紙本條款。					
<b>被保險人</b>	姓名					
	身分證字號			性別	1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女	
	出生日期	<input type="checkbox"/> 同要保人	民國	年	月	日(年齡： )
	聯絡電話	電話：( )		分機	手機：	
	住所(通訊處)	□□□□				
	工作內容			兼職(未勾視為無兼職)	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，內容：	
服務單位	名稱			職業代碼		
	營業內容			危險分類	(本公司填)	
被保險人是否有受監護宣告(請勾選，若未勾選者，視為無監護宣告)		<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，請提供相關證明文件。				
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選，若未勾選者，視為無身心障礙)		<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，如勾選是者，請提供。				
<b>身故受益人</b>	本保險契約各項保險金之受益人為被保險人本人。					
	被保險人身故時，如有尚未給付之保險金部份，其給付對象則依本保險契約條款約定。					



A03610901

<b>保險期間</b>		12個月，自民國      年      月      日午夜12時起至民國      年      月      日午夜12時止		
<b>繳費方式 (擇一)</b>		1. 信用卡授權扣款 - <input type="checkbox"/> a含本次及未來續保 <input type="checkbox"/> b僅限本次(續期須重新填寫)；請另填授權書。 2. 現金、支票或匯款 - <input type="checkbox"/>		
<b>保障項目 / 計畫型別</b>		<b>A36</b>	<b>A37</b>	<b>A38</b>
<b>突發傷病</b>	突發傷病住院醫療保險金(日額)(每事故最高90日)	1,500元	2,000元	2,500元
	突發傷病加護病房或燒燙傷病房保險金(日額)(每事故最高45日)	3,000元	4,000元	5,000元
	突發傷病急診醫療保險金(達6小時以上)	最高1,500元	最高2,000元	最高2,500元
	突發傷病特別慰問金(次)(住院90日以上)	75萬元	100萬元	125萬元
	重大燒燙傷保險金(次)	75萬元	100萬元	125萬元
<b>參考保費</b>	年齡：0~未達15足歲	1,470元	1,950元	2,420元
	年齡：15足歲~54歲	1,330元	1,760元	2,200元
	年齡：55歲~64歲	3,650元	4,840元	-
<b>投保計畫 (請填型別)</b>		<b>核定保費 (新台幣元)</b>		本保險適用「國泰產物個人續保附加條款」，到期前依本公司出具之同意續保通知書繳交保費後，本公司應繼續承保並製發保單暨收據。
<b>要(被)保人聲明事項</b>				
<p>一、本人(被保險人)同意國泰產險得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。</p> <p>二、本人(被保險人、要保人)同意國泰產險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。</p> <p>三、本人(被保險人、要保人)同意國泰產險就本人之個人資料，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。</p>				
<p>※本保險商品為非保證續保之健康保險。</p> <p>※本要保書書面詢問之告知事項係本人(被保險人、要保人)親自填寫，均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事；如有隱匿或不實之說明，國泰產險得依保險法第六十四條解除本契約，保險事故發生後亦同。</p> <p>※本人於填寫要保書時，已審閱國泰產險所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「投保須知」及「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。</p> <p>※被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依各該契約條款之約定退還未到期保險費予要保人。</p> <p>※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。</p> <p>※本商品含有人身保險，投保前本人已審慎瞭解本商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。</p>				



A16410701

## 要 ( 被 ) 保人告知事項

1.被保險人：身高 <input type="text"/> 公分，體重 <input type="text"/> 公斤		是	否				
2.最近二個月是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.過去二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"/>	<input type="checkbox"/>				
4.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"/>	<input type="checkbox"/>				
5.女性被保險人回答：							
(1)是否已確知懷孕？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(2)如是，已經幾週？							
※被保險人現在及過去之健康情形若有上列2-4項所述的情況，請詳填：							
●病名 ( 外傷者，含受傷部位 ) ●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							
<hr/>							
<hr/>							
要保人簽名：		被保險人親自簽名：	法定代理人簽名：				
		(未滿七歲者由法定代理人代簽)	(要、被保險人未成年者)				
中華民國    年    月    日 (未填寫視為本公司受理日)							
國泰產險 內部專用	核保	保經代 通路 專用	保經代簽署章	保經代業務員(親簽)	保經代業務員證號	保經代代號	分支名稱及代碼
	經辦					92	
			保經代受理編號	產險服務人員證號	轄 區	業 務 來 源	
					CY59		

# 國泰世紀產物保險股份有限公司

## 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除本公司「要(被)保人告知事項」所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理或利用，將於辦理財產保險(093)、人身保險(001)業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全(批改)、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及等合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台端不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料，本公司將可能無法提供 台端相關財產保險(093)、人身保險(001)業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此 致

國泰世紀產物保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

中華民國

年

月

日



# 國泰世紀產物保險股份有限公司

信用卡簽帳單 (保險費專用) 授權碼：

信用卡種類		<input type="checkbox"/> VISA CARD <input type="checkbox"/> MASTER CARD <input type="checkbox"/> JCB CARD <input type="checkbox"/> _____										發卡銀行					
卡號												有效日期		自 月 年至 月 年止			
聯絡電話		(務必填寫)										身分證號碼					
持卡人姓名 (請用正楷填寫)		與要保人關係										<input type="checkbox"/> 要保人本人 <input type="checkbox"/> 被保人本人 (以下非要保人需檢附相關證明文件)					
持卡人親自簽名 (需與信用卡上簽字相同)												<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母、子女 <input type="checkbox"/> (外)祖父母、(外)孫子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 法人負責人 <input type="checkbox"/> 企業員工					
要被保險人		保(批)單號碼/交易序號/銷帳號碼 /進件編號										保 險 費					
												拾	萬	仟	佰	拾	元
		共計 _____ 件, 簽帳總金額 NT\$ _____															

- 註：1. 持卡人同意以信用卡支付上開保險費金額予國泰世紀產物保險股份有限公司並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。  
 2. 本項交易若未獲發卡機構核准，則本信用卡簽帳單自動失效，本公司得向要保人重行收費。  
 3. 依洗錢防制法之規定，信用卡簽帳單之填寫須確認繳款人資訊，上述填寫持卡人與要被保人關係僅限一樣態，若多筆保單多樣關係者，請分別填寫簽帳單。  
 4. 尚未與聯合信用卡處理中心提供之「信用卡輔助持卡人身分驗證平台」建立身分驗證機制的發卡機構或無法使用該平台驗證身分的信用卡(例如國外卡)，恕無法使用。  
 5. 中華郵政發行之 VISA 金融卡，需向中華郵政申請「非過卡交易」功能才能繳費。  
 6. 持卡人已詳閱「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」知悉，貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定範圍內有對本人之個人資料蒐集、處理及利用之權利。

要保人簽章：\_\_\_\_\_

(需與要保書簽字相同)

經手人/保單服務人員簽名：\_\_\_\_\_

(本簽帳單填寫資料均由經手人/保單服務人員審核確認無誤)

本信用卡實際請款日期須數工作日且無法指定請款日，故若欲參加各發卡銀行所舉辦之活動，請勿使用本信用卡簽帳單刷卡繳費。