

## 中華郵政專案

※本保險商品為一年期非保證續保之保險，且本保險商品無等待期。



無需等待期  
100%一次給付



單一費率  
投保簡便



住院醫療  
日額給付



健保不足免擔心  
補償費用可填補

- ✚ 單一費率：不分年齡、性別、職業
- ✚ 防疫保障：法定傳染病 隔離/確診/醫療保障
- ✚ 家庭成員可多人同時投保、手續真簡單

(新台幣:元)

承保範圍		計畫一	計畫二	計畫三	
法定傳染病保障綜合保險	法定傳染病住院日額保險金	最高給付 60日	1,100/日	2,000/日	3,000/日
	法定傳染病負壓隔離病房或加護病房醫療保險金	最高給付 60日	1,100/日	2,000/日	3,000/日
	法定傳染病補償保險金	定額給付 *	23,000/次	25,000/次	50,000/次
	法定傳染病隔離補償費用保險金	定額給付 *	10,000/次	10,000/次	10,000/次
總保費			547	773	1,075

\* 同一法定傳染病限給付一次

### 聯絡資訊

規劃服務：Tai-One 台一保險經紀人

諮詢專線：02-29705198 或 @taione

傳真專線：02-81924318

台一地址：新北市三重區重安街132號6樓之1

繳費方式：

1. 郵政劃撥  
(請務必在劃撥單通訊欄上註明要保人姓名、身份證字號、要保書右上方要保書編號)

戶名：和泰產物保險股份有限公司  
帳號：00035630

2. 匯款銀行

受款行：第一銀行(007)八德分行  
帳號：40260+被保險人身份證號  
數字9碼

### 保障最周全

- 法定傳染病住院醫療：給付住院日額保險金(最高60日)；入住負壓隔離病房或加護病房加倍給付(最高60日)。
- 確診法定傳染病：定額給付補償保險金。
- 被保險人接獲衛生主管機關開立之「隔離通知書」，即可申請隔離費用補償保險金。

### 商品名稱及文號

和泰產物法定傳染病保障綜合保險：110.06.10(110)和泰產商品字第125887號函備查(給付項目：法定傳染病住院日額保險金、法定傳染病負壓隔離病房或加護病房醫療保險金、法定傳染病補償保險金、法定傳染病隔離費用補償保險金。)和泰產物家庭成員附加條款：110.6.29(110)和泰產商品字第125891號函備查(給付項目：同主保險契約)和泰產物續保約定附加條款(綜合保險適用)：110.06.10(110)和泰產商品字第125888號函備查(給付項目：同主保險契約)免費保戶服務電話：0800-880550。免費申訴電話：0800-501888。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)最高為35%最低為35%；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：0800-880550或網站(網址：<https://www.hotains.com.tw>))，以保障您的權益。資訊公開查詢：<https://www.hotains.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。

### 投保注意事項

1. 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。
2. 法定傳染病保障綜合保險承保年齡：0~80歲
3. 被保險人資格：具中華民國國籍身份者，且投保時必須人在國內。被保險人需為要保人之父母、配偶、子女，且被保險人必需逐一簽名。
4. 本專案商品各項保險金之受益人為被保險人本人。
5. 本保險所稱之住院，係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包括全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。
6. 本公司保留承保與否及調整保險費之權利，一切權利義務悉以保單條款內容為準。





總公司·地址：台北市松江路126號13樓 電話：(02)21815000

● 免費申訴電話：0800-501888

資訊公開查詢：[https:// www.hotains.com.tw](https://www.hotains.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  
110.6.29(110)和泰產商品字第125891號函備查

保險單交經手人

### 法定傳染病保障綜合保險要保書

※本保險商品為一年期非保證續保之保險 ※本保險商品無等待期。

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。  
單位：新臺幣元

要保人		身分證字號		出生年月日		性別		年齡		
地址				電話						
E-Mail						<input type="checkbox"/> 電子保單：本人同意設定電子保單，且不寄送實體保單， 寄送指定要保人之E-Mail帳號。				
編號	被保險人	身分證字號	出生年月日	與要保人關係	工作內容	投保計畫	保險費	是否領有身心障礙 手冊或證明		
1								<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
2								<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
3								<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
4								<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
5								<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
受益人	本保險契約各項保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理其指定及變更。被保險人身故時，如尚有未給付之保險金部分，其給付對象則依本保險契約條款約定。									
保險期間	自民國 年 月 日 24 時起，為期一年。									
承保險種類別 / 給付項目						保險金額				
						計畫一	計畫二	計畫三		
法定傳染病 保障綜合保險	法定傳染病住院日額保險金(最高給付60日)					1,100/日	2,000/日	3,000/日		
	法定傳染病負壓隔離病房或加護病房醫療保險金(最高給付60日)					1,100/日	2,000/日	3,000/日		
	法定傳染病補償保險金(同一法定傳染病限一次)					23,000/次	25,000/次	50,000/次		
	法定傳染病隔離費用補償保險金(同一法定傳染病限一次)					10,000/次	10,000/次	10,000/次		
保險費(一次繳付)						547 (COVP206)	773 (COVP301)	1,075 (COVP302)		
付款方式	<input type="checkbox"/> 信用卡(請填寫保險費簽帳單) <input type="checkbox"/> 現金									
注意事項	1. 本人(要保人)已受告知並瞭解所投保商品之重要內容與投保須知等相關事宜。 2. 被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時(除保險契約已使用脫退率計價者外)，本公司將依保險契約條款之約定退還未到期保險費給要保人。									
告知事項	要保人對於要保書內容所載「告知事項」，應據實回答。如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少本公司對於危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除本契約，保險事故發生後亦同。 被保險人目前是否因法定傳染病經衛生主管機關之要求，正在接受隔離、檢疫或自主健康管理之處置？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
聲明事項	1. 本人(被保險人)同意和泰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。 2. 本人(被保險人、要保人)同意和泰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。 3. 本人(被保險人、要保人)同意和泰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。									
續保約定事項	加保續保約定附加條款(綜合保險適用)，於保險期間屆滿前，由和泰產物依本附加條款之約定，對上列投保項目逐年辦理續保。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (若未勾選視為不同意)									
要保人簽名：_____		法定代理人簽名：_____		(與要保人或被保險人關係：_____)					(要/被保險人未滿二十足歲者，請法定代理人簽名)	
被保險人簽名：(1) _____		(2) _____		(3) _____		(4) _____		(5) _____		
(被保險人未滿七歲者，由法定代理人代為簽名；七足歲(含)以上者，請由本人親簽)										
要保日期：民國 年 月 日										
出單單位		專案代號			活動代號					
核保人		承辦人		經紀人/代理人		經手人		業務員姓名/登錄證號碼		

本保險單係

號續保