

# 國泰人壽微型保險要保書

中華民國 98 年 10 月 26 日金管保品字第 09802202690 號核准

中華民國 103 年 7 月 31 日依 103 年 6 月 26 日金管保壽字第 10302548030 號函修正

※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。

※要保人可透過免費服務電話（0800-036-599）或本公司網站（www.cathaylife.com.tw）、總公司、分公司及通訊處所提供之電腦查閱資訊公開說明文件。

※本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。

## 壹、基本資料

代理投保單位	名稱		電話	
	代表人		傳真	
	地址	□□□□□		
要保人(即被保險人)	詳要保人(被保險人)告知事項、聲明事項及名冊			
代理投保單位與要保人之連結關係	<input type="checkbox"/> 雇主與其員工關係。 <input type="checkbox"/> 合法合作社、協會、職業工會、聯合團體或聯盟與其成員關係。 <input type="checkbox"/> 金融機構或放款機構與其債務人關係。 <input type="checkbox"/> 學校與其學生關係。 <input type="checkbox"/> 社會福利慈善團體或機構與其服務對象關係。 <input type="checkbox"/> 直轄市政府、縣(市)政府、鄉(鎮、市)公所、區公所、村(里)辦公室與其戶籍居民關係。 <input type="checkbox"/> 宗教團體與其成員或該團體服務對象關係。 <input type="checkbox"/> 具有法人資格之團體與其會員或成員關係。			

## 貳、投保內容

投保商品名稱	<input type="checkbox"/> 國泰人壽微型傷害保險	保險金額	詳要保人(被保險人)告知事項、聲明事項及名冊
被保險人	詳要保人(被保險人)告知事項、聲明事項及名冊		
受益人	身故保險金	依要保人(被保險人)告知事項、聲明事項及名冊所指定之受益人。(以被保險人之法定繼承人或家屬為限)	
	殘廢保險金	被保險人本人。	
保險期間	自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止		
繳別	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳		

代理投保單位(簽章)	代理投保單位代號	業務員簽名	申請日期
代表人：(簽章)		登錄證字號	年 月 日

## 國泰人壽微型保險要保人(被保險人)告知事項、聲明事項及名冊

**傷害險告知事項** 被保險人目前身體機能是否有下列障害：(1)失明。(2)聾。(3)啞。(4)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。(5)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。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。

**聲明事項**

一、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。

二、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與否之依據。

三、本人(被保險人、要保人)同意貴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。

**※要保人(即被保險人本人)同意授權(代理投保單位)向國泰人壽保險股份有限公司簽訂本人微型保險契約。**

**※依保險法第六十四條：「訂立契約時要保人對保險人(保險公司)之書面詢問，應據實說明，如有故意隱匿或因過失遺漏或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約，其危險發生後亦同。」**

**※國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務中心或利用國泰人壽免費客戶服務專線(0800-036599)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集處理利用或刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。**

序號	被保險人					保險金額	受益人	是否有告知事項列舉之情形?如勾選有者,請填寫其所對應之編號	是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明。如勾選是者,請提供。	
	姓名 (身分證字號)	出生日期	住所	職業類別	簽名					
					本人					法定代理人
ID:							被保險人之	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 編號( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
ID:							被保險人之	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 編號( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
ID:							被保險人之	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 編號( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
ID:							被保險人之	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 編號( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
ID:							被保險人之	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 編號( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
ID:							被保險人之	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 編號( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

註：①被保險人為限制或無行為能力者，法定代理人需一併簽名。②投保傷害險需填寫職業類別。