

★ 投保方案及內容

單位：新臺幣/元

意外身故保障	A方案	B方案	C方案	D方案
一般意外身故	100萬	200萬	300萬	500萬
特定意外身故 ^註	200萬	400萬	600萬	1,000萬
大眾運輸 交通工具 意外身故 ^註	陸上	200萬	400萬	600萬
	水上	300萬	600萬	900萬
	航空	500萬	1,000萬	1,500萬
陸上交通意外身故 (自由附加)	100萬	200萬	300萬	300萬

註：已包含一般意外身故給付

意外失能保障	A方案	B方案	C方案	D方案
一般意外事故	5萬~100萬	10萬~200萬	15萬~300萬	25萬~500萬
特定意外事故 ^註	10萬~200萬	20萬~400萬	30萬~600萬	50萬~1,000萬
大眾運輸 交通工具 意外事故 ^註	陸上	10萬~200萬	20萬~400萬	30萬~600萬
	水上	15萬~300萬	30萬~600萬	45萬~900萬
	航空	25萬~500萬	50萬~1,000萬	75萬~1,500萬
陸上交通意外失能 (自由附加)	5萬~100萬	10萬~200萬	15萬~300萬	15萬~300萬

註：已包含一般意外失能給付

意外醫療保障	A方案	B方案	C方案	D方案
重症燒燙傷保險金	25萬	50萬	75萬	125萬
住院日額	傷害住院保險金 (上限60日/次)	1,000/日	1,000/日	2,000/日
	加護病房保險金 (上限45日/次)	2,000/日	2,000/日	4,000/日
	燒燙傷病房保險金 (上限45日/次)	2,000/日	2,000/日	4,000/日
住院慰問金 (每90日以上)	2,000	2,000	3,000	3,000
每月生活照護保險金/ 每月(上限60個月)	0.5萬~1萬	1萬~2萬	1.5萬~3萬	2.5萬~5萬
醫療器材實支實付 (可自由附加)	3萬	3萬	3萬	3萬

註：1. 實支實付型傷害醫療保險(含主、附約)，需檢及個人意外險於新光人壽+同業合計限投保兩張保單。
2. 被保險人於同一日內分別住進加護病房或燒燙傷病房治療者，僅得就其中一種病房申請給付。

★ 投保方案及保費

單位：新臺幣/元

項目內容	職業類別	A方案	B方案	C方案	D方案
新光人壽 活力Go平安 傷害保險	一類	1,230元	2,260元	3,490元	5,560元
	二類	1,515元	2,777元	4,292元	6,827元
	三類	1,801元	3,294元	5,094元	8,084元
	四類	2,657元	4,845元	7,500元	11,895元
新光人壽 活力Go 平安傷害 保險-新 光人壽新 傷害醫療 保險附加 條款	一類	1,830元	2,860元	4,090元	6,180元
	二類	2,265元	3,527元	5,042元	7,577元
	三類	2,701元	4,194元	5,994元	8,994元
	四類	4,007元	6,195元	8,850元	13,245元
A-D方案 投保年齡 16-50歲	一類	2,330元	3,360元	4,590元	6,660元
	二類	2,890元	4,152元	5,667元	8,202元
	三類	3,451元	4,944元	6,744元	9,744元
	四類	5,132元	7,320元	9,975元	14,370元

項目內容	職業類別	A方案 (100萬)	B方案 (200萬)	C方案 (300萬)	D方案 (300萬)
新光人壽 新陸上交通傷害 保險附加條款	不分 職業 類別	500元	1,000元	1,500元	1,500元

★ 商品特色

您可以透過飲食及運動來養生，維持身體健康

然而，天有不測風雲，我們無法預料天災人禍何時降臨

現在，您透過這個方案，可以加強保障！

換算每日保費只要6.4元起，即可享有~

意外傷害保障 依個人需求享有100萬到500萬不同等級的保障。	交通事故加倍保障 因大眾運輸交通意外，可獲得最高5倍之保障金額。
各項醫療保障 另有傷害住院、加護病房、燒燙傷病房、重症燒燙傷保險金、骨折未住院保障...等多項醫療保障。	生活照護保險金 因意外導致第一至六級失能時，毋需擔心短期之家庭支出，每月均有生活照護保險金，最高60個月。

★ 投保規則

繳費年期：1年期。

繳費方法：限年繳。

保險期間：1年期。

投保職業類別等級：限1~4類。

★ 投保方案及年齡限制

(年齡均以保險年齡計算)

方案	A	B	C	D
年齡限制	16~70歲			16~65歲

★ 繳費方式

現金匯款或信用卡付款

112.08.28商開廣字第0292號

新光人壽

活力Go平安傷害保險

- 主要給付項目
- 意外身故保險金或喪葬費用保險金
 - 特定意外身故保險金或喪葬費用保險金
 - 大眾運輸交通工具意外身故保險金或喪葬費用保險金
 - 大眾運輸交通工具意外失能保險金
 - 每月生活照護保險金
 - 特定意外失能保險金
 - 重症燒燙傷保險金
 - 燒燙傷病房保險金
 - 住院慰問保險金
 - 意外失能保險金
 - 傷害住院保險金
 - 加護病房保險金

112-09-01新壽商開字第1120000241號函備查

(可自由搭配選擇附加)

新光人壽新傷害醫療保險金附加條款
(本附加條款須附加訂約始生效力)

主要給付項目：傷害醫療保險金

本商品無提供被保險人意外身故之喪葬費用保險金
109-12-01新壽商開字第1090000129號函備查
112-09-01新壽商開字第1120000243號函備查

新光人壽新陸上交通傷害保險附加條款
(本附加條款須附加訂約始生效力)

主要給付項目：1.陸上交通意外身故保險金或喪葬費用保險金
2.陸上交通意外失能保險金

112-09-01新壽商開字第1120000242號函備查



新光銀行

新光金控

Shin Kong Bank

光無所不在 心與你同在

SKBE112090101

★ 相關名詞解釋

(詳細定義請參閱保單條款)

- **傷害**：係指被保險人於本契約有效期間內，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。
- **意外傷害事故**：係指非由疾病引起之外來突發事故。
- **特定意外傷害事故**：係指被保險人於本契約有效期間內，因遭受「公共場所火災意外傷害事故」、「颱風意外傷害事故」、「洪水意外傷害事故」或「雷擊意外傷害事故」，致其身體蒙受傷害而致成失能或身故。
- **住院日數**：係指被保險人同一「住院」之實際住院日數(含住院及出院當日)定之。如被保險人出院後，又於同一日入院診療時，該日不得重複計入住院日數。
- **陸上交通意外傷害事故**：係指被保險人於新光人壽新陸上交通傷害保險附加條款有效期間內，遭受下列意外傷害事故：
 1. 被保險人因駕駛或搭乘汽車所致者。
 2. 被保險人因駕駛或搭乘陸上大眾運輸交通工具所致者。
 3. 被保險人被汽車或陸上大眾運輸交通工具碰撞所致者。

★ 注意事項

- ※ 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。
- ※ 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。
- ※ 本商品經新光人壽保險股份有限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，應由新光人壽保險股份有限公司及其負責人依法負責。
- ※ 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險單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
- ※ 本商品續保時，按續保生效當時依規定陳報主管機關之費率重新計算保險費。
- ※ 消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，各商品之預定附加費用率(含重大事故特別準備金提存率1%)詳下表：如要詳細了解其他相關資訊，請洽本行服務人員、新光人壽服務據點(免費服務及申訴電話：0800-031-115)或網站(網址：www.skl.com.tw)，以保障您的權益。

商品名稱	最高保險費率	最高準備金提存率
新光人壽活力Go平安傷害保險	38.34%	31.62%
新光人壽新陸上交通傷害保險附加條款	34.67%	31.33%
新光人壽新陸上交通傷害保險附加條款	38.00%	

- ※ 資訊公開說明請查詢新光人壽全球網路網址：www.skl.com.tw，或逕至新光人壽全國各分公司電腦查詢、下載。
- ※ 本商品為保險商品，依保險法及其他相關法令規定，受「人身保險安定基金」之保障；但本商品非存款商品，不受「存款保險」之保障。
- ※ 人壽保險之死亡給付及年金保險之確定年金給付於被保險人死亡後給付於指定受益人者，依保險法第一百二十二條規定不得作為被保險人之遺產，惟如涉有規避遺產稅等稅捐情事者，稽徵機關仍得依據有關稅法規定或納稅者權利保護法第七條所定實質課稅原則辦理。相關實務案例請至新光人壽保險股份有限公司網站(www.skl.com.tw)查詢。
- ※ 本商品係由新光人壽保險股份有限公司發行，透過臺灣新光商業銀行為行銷通路招攬並代理其保險商品，惟新光人壽保險股份有限公司保留最終核保與否之一切權利。

※本簡介僅供參考，詳細內容以保險單條款為準。

詳情請洽服務人員

新光人壽保險股份有限公司

總公司：台北市忠孝西路一段66號
電話：(02)2389-5858 (代表號)
免費服務及申訴電話：0800-031-115

★ 給付內容說明

(各項給付內容詳細定義，請參閱保險單條款。)

一般意外事故

◎意外身故：保險金額

◎意外失能：保險金額×失能等級給付比例

失能等級	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
給付比例	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%	5%

特定意外事故

◎特定意外身故：保險金額×2^註

◎特定意外失能：保險金額×2^註×100%~5%

註：已包含一般意外身故(失能)或喪葬費用保險金

大眾運輸意外事故

◎大眾運輸交通工具意外身故：保險金額×保障倍數^註

◎大眾運輸交通工具意外失能：保險金額×保障倍數^註×100%~5%

大眾運輸交通工具	陸上	水上	航空
保障倍數	2	3	5

註：已包含一般意外身故(失能)或喪葬費用保險金

每月生活照護給付

◎每月生活照護保險金：給付期限最高以60個月為限

失能等級	每月生活照護保險金	失能等級	每月生活照護保險金
1	保險金額×1%	4	保險金額×0.7%
2	保險金額×0.9%	5	保險金額×0.6%
3	保險金額×0.8%	6	保險金額×0.5%

意外住院醫療補償

◎非加護病房或燒燙傷病房^{註1}：傷害住院保險金日額×住院日數^{註2}

◎加護病房或燒燙傷病房：傷害住院保險金日額×3×住院日數^{註3}

◎住院慰問一次給付：住院慰問保險金^{註4}

註1：骨折未住院部份依保單條款規定給付。

註2：每次傷害給付日數不得超過90日。

註3：加護病房或燒燙傷病房給付日數以45日為限。

註4：住院日數達3日(含)以上者，且同一次意外傷害事故之給付以一次為限。

重症燒燙傷醫療

◎重症燒燙傷保險金：保險金額×25%

※因意外傷害事故致燒燙傷面積達全身百分之二十以上或顏面燒燙傷合併五官功能障礙。
※前項重症燒燙傷保險金的給付，於本契約有效期間內以申領一次為限。

※視被保險人需求，彈性選擇附加「新光人壽新傷害醫療保險金附加條款」、「新光人壽新陸上交通傷害保險附加條款」

意外傷害醫療給付

◎實支實付型傷害醫療保險金：傷害醫療保險金限額^註

註：同一次傷害的給付總額不得超過「每次實支實付傷害醫療保險金限額」。

陸上交通意外事故

◎陸上交通意外身故：保險金額

◎陸上交通意外失能：保險金額×100%~5%

112.09.01新壽核保字第112000134號函備查



6048178414

業續年月： 新契約編號：

■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。
 ■資訊公開說明請查詢本公司全球網際網路網址http://www.skl.com.tw，或逕至全國各分公司電腦查詢、下載。
 ■免費服務專線：0800-031-115。

保單號碼： 保險期間：自 年 月 日午夜十二時起至 年 月 日午夜十二時止

一、被保險人 國籍： 中華民國 其他

姓名												<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
出生日期	民國	年	月	日	與要保人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母子女 <input type="checkbox"/> 其他																
戶籍地址	<input type="text"/>																					
電話號碼	住家電話：()	公司電話：()	行動電話：																			
投保記錄	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險 <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否																					
說明事項	被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供。 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供相關證明文件。																					

二、要保人 同被保險人(可僅填住所及保單類型) 國籍/註冊地： 中華民國 其他

姓名												<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
出生日期	民國	年	月	日	電話號碼	住家電話：()	公司電話：()	行動電話：																	
服務單位												職 位													
工作內容												副業或兼業 (詳細內容)													
住 所 (通訊地址)	<input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 如右： <input type="text"/>																								
保單類型	<input type="checkbox"/> 電子保單 <input type="checkbox"/> 紙本保單(條款QR Code) <input type="checkbox"/> 紙本保單(含條款)											※本公司因特殊狀況無法提供電子保單或紙本保單(條款QR Code)時，將改以提供紙本保單。 ※如選紙本保單(條款QR Code)，保單條款於保險單中以QR Code方式提供。													

※要保人同意各項通知，得以本契約所載要保人之最後住所發送之。

三、受益人

項目	姓 名	身 分 證 字 號	國 籍	出 生 日 期	與 被 保 險 人 關 係	給 付 順 位	比 率 (%)	聯 絡 地 址	聯 絡 電 話
身故保險金			<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他	民國 年 月 日				<input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="text"/>	()
			<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他	民國 年 月 日				<input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="text"/>	()
			<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他	民國 年 月 日				<input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="text"/>	()

※身故保險金以外之其他保險金受益人，為被保險人本人，請詳閱條款說明。
 ※如要保人不同意填寫聯絡地址及電話，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後通知依據。
 ※受益人人數為二人以上之填寫方式：① 依順位給付者，請詳填給付順位。② 依比率(%)給付者，請詳填欲分配比率(%)之百分比。

四、電子單據服務

申請 (若申請者，請擇一勾選)
 (未勾選者視為不申請) 電子郵件信箱(E-MAIL)： @ 簡訊(以要保書所留存之要保人行動電話)

※同意申請電子單據服務，係以同要保人(申請人)向本公司投保之所有有效保險契約(含停效件)及日後向本公司投保生效之保單，申請約定以電子郵件信箱(E-mail)或簡訊寄發公司各項活動訊息、單據或通知單(含保單帳戶價值通知、續期保費送單、自行繳費通知、各項單據通知書等等，但不含投資型商品保單帳戶價值通知書及催告通知書)，申請後本公司將不再寄送或送交實體書面文件。申請人若多次申請時，概以最後一次之申請文件內容及相關約定辦理；本公司日後開放之新增項目，可至新光人壽官方網站(網址：https://www.skl.com.tw)查詢。

五、繳費

首期收費管道 銀行或郵局帳戶轉帳(請另填本公司保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款授權書)
 匯款(戶名：新光人壽保險股份有限公司) 信用卡(請另填本公司首期暨續期保險費信用卡付款授權書暨約定條款)

保險期間屆滿時的處理 本契約保險期間為一年，若保險期間屆滿且新光人壽同意續保時，是否同意新光人壽以本契約所載之續期保費繳交方式辦理續保作業。
 同意 不同意 (若未選擇，視為不同意)

續期收費管道 銀行或郵局帳戶轉帳 信用卡
 ※自動轉帳/信用卡繳費，請另填本公司保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款授權書/首期暨續期保險費信用卡付款授權書暨約定條款。
 ※未選擇同意自動續保時，勾選續期繳費方式仍不生效力。



六、要保事項 (職業類別限一~四類)

方案	<input type="checkbox"/> A方案	<input type="checkbox"/> B方案	<input type="checkbox"/> C方案	<input type="checkbox"/> D方案
給付項目	100萬	200萬	300萬	500萬
意外身故、失能保險金	最高 100 萬	最高 200 萬	最高 300 萬	最高 500 萬
特定意外身故、失能保險金 (含意外死亡及失能保額)	最高 200 萬	最高 400 萬	最高 600 萬	最高 1,000 萬
大眾運輸交通工具意外身故、失能保險金 陸上/水上/航空 (含意外死亡及失能保額)	最高 200/300/500萬	最高 400/600/1,000萬	最高 600/900/1,500萬	最高 1,000/1,500/2,500萬
傷害住院保險金	每日 1,000 元	每日 1,000 元	每日 2,000 元	每日 2,000 元
加護病房保險金	每日 2,000 元	每日 2,000 元	每日 4,000 元	每日 4,000 元
燒燙傷病房保險金	每日 2,000 元	每日 2,000 元	每日 4,000 元	每日 4,000 元
重症燒燙傷保險金	25 萬	50 萬	75 萬	125 萬
每月生活照護保險金 (依失能等級)	最高 1 萬	最高 2 萬	最高 3 萬	最高 5 萬
住院慰問保險金 (住院達3日 (含) 以上)	每次 2,000 元	每次 2,000 元	每次 3,000 元	每次 3,000 元
新陸上交通傷害保險附加條款 (如要附加請勾選)	<input type="checkbox"/> 100萬 (附加)	<input type="checkbox"/> 200萬 (附加)	<input type="checkbox"/> 300萬 (附加)	<input type="checkbox"/> 300萬 (附加)
附約或附加條款 (如要附加請勾選)	<input type="checkbox"/> 新傷害醫療保險金附加條款 3萬 (附加)			

七、被保險人告知事項 (請要保人、被保險人詳實勾選填告)

※為確保您的權益，要保人、被保險人告知事項，請務必親自詳實填寫，如有不實，本公司得依保險法第六十四條解除契約，保險事故發生後亦同。

被保險人	服務單位	職位	職業類別	工作內容	副業或兼業(詳細內容)
<p>1.過去二年內是否曾因應有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？</p> <p>(1)高血壓症 (指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。</p> <p>(2)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。</p> <p>(3)癌症 (惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。</p> <p>(4)糖尿病。</p> <p>(5)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。</p> <p>(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。</p>					
<p>2.目前身體機能是否有下列障害 (請勾選)：</p> <p>(1)失明。</p> <p>(2)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，且一目視力矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表O·三以下。</p> <p>(3)聾。</p> <p>(4)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。</p> <p>(5)啞。</p> <p>(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。</p> <p>(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。</p>					
<p>告知欄</p> <p>上述詢問事項勾選「是」者，請詳細說明病名、診治醫院及大約發病日期、大約住院手術日期：</p>					

八、聲明事項

1.本人 (被保險人) 同意新光人壽保險股份有限公司得蒐集、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) 同意新光人壽保險股份有限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) 同意新光人壽保險股份有限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。

4.本人 (被保險人、要保人) 已知悉並明確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新光人壽保險股份有限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新光人壽保險股份有限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，而新光人壽保險股份有限公司仍承保者，新光人壽保險股份有限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新光人壽保險股份有限公司者，同意新光人壽保險股份有限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。

是 否 已審閱「要保書填寫說明」、「保險單條款樣本」、「投保人須知」及「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」。

要保人簽名	被保險人簽名	法定代理人、監護人簽名	法定代理人、監護人資料
		聯絡電話： (與要保人或被保險人關係：)	<input type="checkbox"/> 同要保人/被保險人(以下免填) 姓名： 身分證字號： 出生日期：民國 年 月 日 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他
1、見證人：	2、見證人：		
申請日期：民國 年 月 日			
※要保人、被保險人應親自簽名，未滿7歲或受監護宣告者由法定代理人或監護人簽名並代其簽名；7歲以上未成年者，須本人及其法定代理人簽名。			

保險業務員/保險經紀人/保險代理人簽名	業務員登錄字號/執業證號	部室/通訊處

客戶投保權益確認函(意外險專用)

AB1

要保人姓名：_____ 被保險人姓名：_____

下述各問項內容請要、被保險人親自勾選。

是	否	請配合填寫下列各問項，以維護您的權益。						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 業務員是否出示或告知已具備招攬保險之資格證件？						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 要保書及各項書面、電子文件經您本人了解並親自簽名？(未成年者尚須經其法定代理人簽章)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. 您已瞭解本公司保險費收取應以銀行或郵局帳戶轉帳、匯款、信用卡方式繳納，不收取現金繳納保險費或是透過業務員之個人或親友帳戶轉匯來繳納保險費，且您也確認未交付現金予業務員或匯款至業務員個人或親友之帳戶來繳納保險費。						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 您已瞭解本次所繳交之保險費或未來分期繳交之保費，係用以購買保險商品且在您的經濟能力範圍內，而您也已充分瞭解本保單之內容(含保險種類、保險金額及保險費等)皆是您所需要且與您實際需求相當。						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. 您已確認受益人之指定係經被保險人同意，並同意投保。						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. 您是否同意本次投保以電子保單之形式遞送要保人，並同意申請成為本公司會員專區之會員。如是，需同時提供要保人及被保險人下列資訊。 【註：凡申請此項服務之要保人需具行為能力之自然人始可申請電子保單】 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">要保人</td> <td style="padding: 5px;"> 行動電話：_____ (必填) 電子郵件帳號(E-MAIL)：_____ @ _____ <small>※要保人未提供電子郵件帳號，電子保單領取通知僅有手機簡訊。如遇手機無法接收時，可洽新光人壽客戶服務專線 0800-031-115 為您辦理新增電子郵件帳號通知服務。</small> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 被保險人 <input type="checkbox"/>與要保人同一人 </td> <td style="padding: 5px;"> 行動電話：_____ 電子郵件帳號(E-MAIL)：_____ @ _____ <small>※如被保險人為未成年人且無行動電話及 E-MAIL，僅需填寫被保險人法定代理人/監護人聯絡資訊。</small> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 被保險人 法定代理人/監護人 <input type="checkbox"/>與要保人同一人 </td> <td style="padding: 5px;"> 行動電話：_____ 電子郵件帳號(E-MAIL)：_____ @ _____ </td> </tr> </table>	要保人	行動電話：_____ (必填) 電子郵件帳號(E-MAIL)：_____ @ _____ <small>※要保人未提供電子郵件帳號，電子保單領取通知僅有手機簡訊。如遇手機無法接收時，可洽新光人壽客戶服務專線 0800-031-115 為您辦理新增電子郵件帳號通知服務。</small>	被保險人 <input type="checkbox"/> 與要保人同一人	行動電話：_____ 電子郵件帳號(E-MAIL)：_____ @ _____ <small>※如被保險人為未成年人且無行動電話及 E-MAIL，僅需填寫被保險人法定代理人/監護人聯絡資訊。</small>	被保險人 法定代理人/監護人 <input type="checkbox"/> 與要保人同一人	行動電話：_____ 電子郵件帳號(E-MAIL)：_____ @ _____
要保人	行動電話：_____ (必填) 電子郵件帳號(E-MAIL)：_____ @ _____ <small>※要保人未提供電子郵件帳號，電子保單領取通知僅有手機簡訊。如遇手機無法接收時，可洽新光人壽客戶服務專線 0800-031-115 為您辦理新增電子郵件帳號通知服務。</small>							
被保險人 <input type="checkbox"/> 與要保人同一人	行動電話：_____ 電子郵件帳號(E-MAIL)：_____ @ _____ <small>※如被保險人為未成年人且無行動電話及 E-MAIL，僅需填寫被保險人法定代理人/監護人聯絡資訊。</small>							
被保險人 法定代理人/監護人 <input type="checkbox"/> 與要保人同一人	行動電話：_____ 電子郵件帳號(E-MAIL)：_____ @ _____							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. 要保人是否為法人/團體/組織，如是請填以下資訊： 負責人/代表人 姓名：_____ 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 出生日期：民國_____年_____月_____日						
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">要保人簽名</th> <th style="width: 33%;">被保險人簽名</th> <th style="width: 33%;">法定代理人、監護人簽名</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	要保人簽名	被保險人簽名	法定代理人、監護人簽名			
要保人簽名	被保險人簽名	法定代理人、監護人簽名						

是；上述確認內容要、被保險人、法定代理人、監護人已充分瞭解，且已提示身分證明文件正本，並經業務員親自確認無誤。

業務員簽名：_____

日期：民國_____年_____月_____日

AB12110



新光人壽保險股份有限公司
保險契約審閱期間確認聲明書

AA0

- 一、 本人（即要保人，以下同）因投保 貴公司下列商品，經由 業務人員親送 傳真 郵寄 網路 電子郵件 其他電子方式（可複選）之方式取得保險契約條款樣張，投保商品名稱如下（主契約條款含其適用之相關附加條款或投資標的批註條款）：

※請填寫完整主、附約商品名稱

- 二、 本人就上述保險契約條款樣張之審閱期間聲明如下（請擇一填寫）：

審閱期至少足三日	本契約條款樣張已於民國 年 月 日提供本人審閱，本人已充分瞭解保險商品後同意與貴公司成立契約關係。
審閱期不足三日	其他：本人於投保前於民國 年 月 日已有充分時間確實審閱保險商品條款內容，且貴公司未有妨礙本人事先審閱契約之行為，本人已充分瞭解保險商品後同意與貴公司成立契約關係。

※商品條款樣本可於本公司網站（www.skl.com.tw）：「商品服務_保險商品介紹」專區查詢。

※業務員不得以誤導、勸誘或回溯填報提供審閱日期之方式使要保人放棄或妨礙其行使契約審閱期間之權利。

此 致
新光人壽保險股份有限公司

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人簽名：_____
(要保人未成年或受監護宣告者，須經法定代理人或監護人簽名)

聲明日期：民國 年 月 日



新光人壽保險股份有限公司
個人健康險及傷害險之費率可能調整告知書

AQ5

下列商品保單條款具有費率調整約定內容，將依陳報主管機關之費率及被保險人年齡計算保險費。

【敬請勾選所保商品名稱】

商 品 名 稱	傷害住院日額保險附約	一年期內扣式傷害保險附約
	新一年期防癌健康保險附約	一年期內扣式住院醫療健康保險附約
	安心意外傷害保險附約	活力平安傷害保險(包含新傷害醫療保險金附加條款、陸上交通傷害保險附加條款)
	一年期手術健康保險附約	小活力傷害失能保險(包含新傷害醫療保險金附加條款)
	超安心一年期手術健康保險附約	守護滿分定期健康保險附約
	一年期特定手術健康保險附加條款	活力勇健重大疾病定期健康保險(甲型)
	一年期特定傷病健康保險附約	閣家安傷害保險
	醫卡安心一年期重大傷病健康保險附約	MIS 收入保障健康保險附約
	新意外傷害醫療保險附約	MTR 多型態定期壽險附約
	意保心安一年期傷害保險附約	MTL 多型態定期壽險
	大安安傷害保險附約	
	住院醫療日額(甲型)保險附約(新修訂)	
	意外傷害喪失工作能力保險附約	
	呵護安心住院醫療健康保險附約	
	增安心自負額住院醫療健康保險附約	
豁免多多豁免保險費健康保險附約(新定義)		

《接續下頁》

AQ5A103



病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

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，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。

立同意書人併此聲明，此同意書係於本人意願下所為之意思表示。

此致

理想保險經紀人事業發展股份有限公司

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