



**商品名稱**

兆豐產物樂齡個人傷害保險  
兆豐產物自動續約附加條款

**給付項目**

身故保險金或喪葬費用保險金  
失能保險金  
重大傷害失能保險金  
大眾運輸工具傷害賠償保險金  
重大燒燙傷保險金  
輔助器具費用保險金  
特別看護費用保險金

**備查文號**

108年8月21日兆產備字第1084300510  
號函備查  
109年3月6日依108年6月21日金管保  
壽字第10804920500號函修正  
108年10月09日兆產備字第1084300619  
號函備查

商品  
特色

# 樂齡無憂

樂活人生—專為銀髮族設計的意外保險

(本商品不含實支實付與住院日額傷害保險金)

**1 活到老，保到老，最高可續保到90歲。**

**2 大眾運輸工具意外事故3倍給付最安心。**

**3 重大燒燙傷、重大傷害失能不擔心。**

**4 貼心補償看護、輔具費用，出院療養免煩惱。**

※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44%，最低44%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽兆豐產物保險公司業務員、服務據點(免付費電話：0800-053-588)或網站(網址：<https://www.cki.com.tw>)，以保障您的權益。

※本保險商品未提供契約撤銷權，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。

※本簡介僅供參考，詳細保單內容以保單條款為準，客戶投保前應詳細閱讀保單條款內容。

※投保後解約可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

※本保險商品，非存款商品，不受「存款保險」保障。

※本商品為保險商品，依保險法及相關規定受「保險安定基金」保障。

※稅法相關規定或解釋之改變可能會影響本商品之稅賦優惠。

※本商品由兆豐產物保險公司提供，彰化銀行代理銷售，惟兆豐產物保險公司保留本商品核保及最後承保與否之一切權利。



※兆豐產物保險公司總公司地址：  
10044台北市中正區武昌街一段五十八號  
※兆豐產物保險公司客戶服務及申訴管道：  
免付費電話：0800-053-588

客戶服務及申訴管道：  
彰化銀行客戶服務及申訴管道：0800-365-889  
彰化銀行保險代理人處客戶服務及申訴管道：  
電話：02-2521-4879  
e-mail：chbins@chb.com.tw

## 商品特色



### 銀髮族專屬

最高可續保到90歲，活到老保到老。



### 搭乘大眾運輸工具意外身故或失能3倍給付

提供高額保障給喜愛戶外活動的樂齡族。



### 重大傷害失能保險金給付

一人垮 全家累 補貼龐大的醫療費用！



### 特別看護費用保險金給付

減輕因意外傷害事故所造成家庭經濟負擔。



### 輔助器具費用保險金

做您的經濟依靠、讓您安心生活！



### 免體檢 投保手續簡便

不分職類、性別，依投保時之保險年齡計收保費！

## 保障內容

「本商品不含實支實付與住院日額傷害保險金」

單位：新台幣 / 元

保障內容/給付項目			方案一	方案二
意外傷害保障	意外身故或失能保險金 (符合失能等級1~11級比例給付)	最高限額	50萬	100萬
	重大傷害失能保險金(符合失能等級1~6級)	定額	25萬	50萬
	大眾運輸工具傷害賠償保險金 (以乘客身分，符合失能等級1-11級比例給付)	最高限額	150萬	300萬
	重大燒燙傷保險金 (符合燒燙傷等級1~5級比例給付)	最高限額	50萬	100萬
	特別看護費用保險金(符合失能等級1~3級)	定額	25萬	50萬
	輔助器具費用保險金(符合失能等級1級)	最高限額	5萬	10萬
兆豐產物自動續約附加條款			附加	附加
保險費	60-69歲		1,518	3,036
	70-79歲		3,194	6,387
	80歲		5,613	11,224
	81-90歲(限續保適用)		5,613	11,224

## 投保須知/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。

※保險期間：一年。

※保險費繳別：一年期-年繳。

※繳費方式：首年：現金、信用卡及轉帳授權；續年：信用卡及轉帳授權。

※投保規範：

(1) 要保人須年滿20足歲。

(2) 被保險人：依保險年齡投保，投保年齡為60歲至80歲；並可續保至90歲。

(3) 保險年齡：投保時，實際年齡有未滿一歲但超過六個月之零數時，其保險年齡按實際年齡加計一歲；若零數未超過六個月者，保險年齡即為實際年齡。

(4) 投保時要保人及被保險人須在中華民國境內。

(5) 續保時，依被保險人於續保時之保險年齡收費。

(6) 被保險人與要保人之關係限本人、配偶、父母或子女為限。

(7) 承保職業與限制

每一被保險人已投保兆豐產物保險公司個人傷害保險者不予受理。

下列工作性質之人員不予承保：礦工、各類爆破人員、船體切割人員(海上)、潛水工作人員、危險或有毒物品製造、處理人員、戰地記者、特技演員、馴獸師、從事特種營業服務人員、電力高壓電工程設施人員、防爆小組、特種軍人、武器或彈藥製造人員、機上工作人員、職業運動人員及核保人員判定屬高風險職類為拒保者。以上詳細職業分類，悉依兆豐產物保險公司傷害保險職業分類表規定辦理。

(8) 自動續約附加條款：要保人於保險期間屆滿前依據兆豐產物保險公司出具同意續保之續保通知書，完成繳付保險費予兆豐產物保險公司者，兆豐產物保險公司繼續承保並製發續保年度之保險單及保險費收據。

附加自動續約附加條款之保單續保前仍須進行核保，兆豐產物保險公司保留承保與否之決定。

※其他未盡事宜悉依保單條款及兆豐產物保險公司投保規則之規定。

本商品經兆豐產物保險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，應由兆豐產物保險公司及負責人依法負責。

兆豐產物保險公司財務及業務等公開資訊，歡迎至兆豐產物保險公司網站查詢，或親蒞兆豐產物保險公司(10044台北市中正區武昌街一段五十八號)及各分支機構洽詢。 10912版 第2頁，共12頁





## 兆豐產物個人保險要保書

- ※ 本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站 (<https://www.cki.com.tw>) 查閱，或親蒞本公司(100 台北市武昌街一段五十八號) 及各分支機構洽詢。
- ※ 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。
- ※ 被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依契約條款之約定返還未滿期保險費。
- ※ 本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。

109年12月11日兆產個保字第1095400299號函送保險商品資料庫

保單號碼		第 _____ 號		原保單號碼：	
保險期間		自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 24時起一年			
被保險人	姓名	身分證統一編號		出生日期	
	住所	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____
	電話	(公司) _____ (手機) _____	(住家) _____	E-MAIL	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	服務單位	工作內容		職業類別	由保險公司填寫 與要保人之關係
要保人	<input type="checkbox"/> 同被保險人(可免填以下要保人欄位)		電子保單	<input type="checkbox"/> 本人同意使用【電子保單且不寄送紙本保單】寄送至要保人之 E-MAIL 帳號，勾選電子保單手機號碼及 E-MAIL 必填，若有缺漏則改發紙本。	
	姓名	身分證統一編號		出生日期	
	住所	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所。 <input type="checkbox"/> 其他如右： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____
	電話	(公司) _____ (手機) _____	(住家) _____	E-MAIL	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
商品名稱	承保項目			投保方案(單位：新台幣元)	
				方案一	方案二
兆豐產物 樂齡個人 傷害保險	意外身故或失能保險金(符合失能等級 1-11 級比例給付)		最高限額	50 萬	100 萬
	重大傷害失能保險金(符合失能等級 1-6 級)		定額	25 萬	50 萬
	大眾運輸工具傷害賠償保險金 (以乘客身份，符合失能等級 1-11 級比例給付)		最高限額	150 萬	300 萬
	重大燒燙傷保險金(符合燒燙傷等級 1-5 級比例給付)		最高限額	50 萬	100 萬
	特別看護費用保險金(符合失能等級 1-3 級)		定額	25 萬	50 萬
	輔助器具費用保險金(符合失能等級 1 級)		最高限額	5 萬	10 萬
兆豐產物自動續約附加條款				附加	附加
年繳保險費	60 歲~69 歲			<input type="checkbox"/> 1,518 元	<input type="checkbox"/> 3,036 元
	70 歲~79 歲			<input type="checkbox"/> 3,194 元	<input type="checkbox"/> 6,387 元
	80 歲			<input type="checkbox"/> 5,613 元	<input type="checkbox"/> 11,224 元
<input checked="" type="checkbox"/> 傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款：對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動，不論其是否有其他原因或事件同時或先後介入所致被保險人死亡或失能，其給付額度依本附加條款約定辦理。 <input checked="" type="checkbox"/> 以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其給付依保險法第一百零七條之一規定辦理。					
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。					
被保險人是否已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(請勾選)： (1) 實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (2) 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
受益人	<input checked="" type="checkbox"/> 除身故保險金以外，其餘各項保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理指定或變更。被保險人身故時，如本契約保險金尚未給付或未完全給付，則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。 <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人，須填寫下列欄位				
	姓名	身分證字號	出生日期	國籍	與被保險人關係
	聯絡住址、電話				給付方式
	1	<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話			
2	<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話				
3	<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話				
<input checked="" type="checkbox"/> 注意事項：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。					

【請續填下頁】

【接續上頁】

【告知事項】

要保人及被保險人對告知事項應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得依照保險法第六十四條解除本保險契約。

一、被保險人之職業及兼業：\_\_\_\_\_。

二、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？  
 1. 高血壓(指收縮壓 140mmHG，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。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。3. 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。4. 糖尿病。5. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。6. 視網膜出血或剝離、視神經病變。 是 否

三、目前身體機能是否有下列障害？  
 1. 失明。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，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力〇、三以下。3. 聾。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。5. 啞。6. 咀嚼、吞嚥或言語機能等障害。7. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。 是 否

以上各項答覆為「是」時，請註明號數並詳加說明，如有診察治療記錄，請告知病名(外傷者，含受傷部分)、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。

無下列疾病情況，無需填寫

◆高血壓紀錄表 1. 身高\_\_\_\_\_cm 2. 體重\_\_\_\_\_kg 3. 是否持續正常服藥？是 否

◆糖尿病問卷內容  
 一、治療方式為何？口服降血糖藥注射胰島素 二、是否有糖尿病視網膜病變現象？是 否  
 三、是否曾因糖尿病而引起合併症？是 否 四、是否曾因糖尿病而住院？是 否  
 五、投保方案二須填寫三個月內之空腹血糖值及糖化血色素(HbA1c)之平均檢查數值  
 空腹血糖值：\_\_\_\_\_ (mg/dL) 糖化血色素(HbA1c)：\_\_\_\_\_ %

◆癌症  
 癌症名稱：\_\_\_\_\_ 發現當時為第\_\_\_\_\_期，是否已接受合格醫療院所治療者？是 否

【聲明事項】

一、本人(被保險人)同意兆豐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。

二、本人(被保險人、要保人)同意兆豐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。

三、本人(被保險人、要保人)同意兆豐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。

四、本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領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兆豐產物保險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兆豐產物保險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，而兆豐產物保險公司仍承保者，兆豐產物保險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兆豐產物保險公司者，同意兆豐產物保險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。

【注意事項】

\*要保人於填寫要保書時 已審閱 未審閱 兆豐產物保險公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「投保人須知」及「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。

\*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。

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 被保險人簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

要保日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 (要/被保險人未滿 20 歲者需由法定代理人簽名)

下列欄位由保險公司填寫

兆豐產險欄位			彰化銀行欄位			保經代簽署章
主管核定	核保	經辦	兆豐產險 業務員代號	收件日期	保險業務員登錄字號	
				分行代號/名稱		
			保經代代號 Z300486	業務來源: <input type="checkbox"/> 行員件 <input type="checkbox"/> 一般件 若為行員件，請填寫下列資料	保險業務員簽名(親簽)	
			EV	行員姓名:_____		
				被保險人與行員之關係:_____		

**瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨業務員報告書【人身保險】**

<b>要保人姓名：</b>		<b>被保險人姓名（與要保人同一人無須填寫）：</b>	
<b>自然人</b>	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職業 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職業 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍	
<b>法人</b>	行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業 法人負責人： 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (國名)	行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業 法人負責人： 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (國名)	
客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註二)		客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註二)	

法人存在證明檢視：經濟部商業司工商登記查詢 營業事業登記證 其他證明  
 法人發行無記名股票狀態：無發行 已發行

**註一職業：**律師、會計師、公證人，或其合夥人或受僱人。軍火商、不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石商及貴金屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博奕產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商。  
**註二：專業客戶：**要保人或被保險人符合以下條件之一者：  
 (1) 依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構：國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託轉移之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。  
 (2) 要保人或被保險人為法人，其接受財產保險業者提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。

1. 招攬經過：  
 (1) 是否主動投保？否 是，如是，請簡要說明招攬經過：  
 (2) 要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選) 保障 子女教育經費 退休規劃 房屋貸款 其他(請說明：  
 2. 要保人與被保險人財務狀況：

財務狀況	要保人	被保險人(與要保人同一人無須填寫)	說明
個人年收入 (含工作及利息、房租等其他收入)	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元	*若要保人/被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄填寫夫妻雙方年收入總和。 *若要保人/被保險人為未成年人/學生時，請於家庭年收入欄填寫其父母或法定代理人年收入總和。
家庭年收入	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元	
資產(含動產與不動產)	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元	

**要保人為法人時需填寫** 公司或團體資本額： 萬元，成立時間：民國 年；員工人數： 人，過去三年該公司或團體平均營收： 萬元。

3. 家中主要經濟來源者(係指個人年收入佔家庭年收入比例最高者)：要保人 被保險人 其他(請說明)： \_\_\_\_\_

4. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險？ 是 否

5. 要保人、被保險人及實際繳交保險費之利害關係人是否於投保前三個月內有辦理貸款或保險單借款或定存解約利息免打折或解除/終止契約之情形？ 是 否

6. 本次投保的保費來源為：薪資收入或公司紅利 投資收入 儲蓄 退休金 財產繼承 貸款 保險單借款 解除/終止契約 定存解約利息免打折 其他 \_\_\_\_\_

7. 本保單之規劃，要保人與被保險人已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之相當性(適合度)。 是 否

8. 有關要保人與被保險人所提供之身分證明文件(身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身分之文件等)是否與要保書填載之內容相符？ 是 否

9. 招攬時，已向要/被保險人說明本次購買保險商品內容之承保範圍、除外不保事項及商品風險、繳納保費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容？ 是 否

10. 招攬時，已親晤要/被保險人/法定代理人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤？ 是 否

11. 招攬時，已瞭解要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可足資傳遞電子文件之聯絡方式？(保險契約係以電子保單型式出單者適用；若招攬之險種非以電子保單型式出單者，則無需勾選，即便勾選視同無記載) 是 否

12. 招攬時，已向要保人或被保險人確認要保人與被保險人，及被保險人與受益人之關係及身分？ 是 否

13. 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬或法定繼承人，且順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？若否，請說明關係及原因： \_\_\_\_\_ 是 否

14. 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？若是，請說明居住國家(地區) \_\_\_\_\_ 是 否

15. 要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)?若是，請說明： \_\_\_\_\_ 是 否

16. 要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序。 是 否

17. 若有其他有利於核保之資訊，請說明： \_\_\_\_\_

18. 業務員聲明如下：  
 (1) 本人招攬時確已當面核對要/被保險人/法定代理人身分證明文件，並由要/被保險人/法定代理人親自簽名無誤。  
 (2) 本人具有招攬資格，並已於招攬時評估要/被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額之相當性、投保目的及需求並完成適合度分析，要保人確已瞭解其所繳保費所購買保險商品之險種、內容及金額。  
 (3) 本人招攬時確已遵守相關法令規範，如有不實致彰化銀行或保險公司受損者時，願自賠償責任。  
 ※本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。

招攬單位： \_\_\_\_\_ 業務員簽名： \_\_\_\_\_ 簽署人簽章： \_\_\_\_\_

**銷售服務確認說明(請務必勾選)**

一、本人(要/被保險人)投保本商品之保費資金來源是否為貸款或保險單借款或定存解約利息免打折? ..... 是 否  
 (如勾選「是」，本案將不受理投保)

二、本人(要/被保險人)投保本商品之保費資金來源是否為解除/終止契約? ..... 是 否

三、本保單之規劃，本人(要/被保險人)是否已確實了解其投保目的、保險需求，綜合考量其財務狀況以及付費能力，充分清楚其保額及保障需求間之適當性(適合度)? ..... 是 否

四、銷售人員是否已提供下述商品說明資料與投保文件? ..... 是 否  
 (一)產品簡介(二)本保險契約條款樣張(三)要保書填寫說明(四)投保須知(五)彰化商業銀行股份有限公司履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書(人身保險)

五、經銷售人員詳細說明投保商品之契約內容並揭露相關風險後，已充分了解並完全同意? ..... 是 否

六、本人(要/被保險人)投保前已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? ..... 是 否

**客戶申訴說明事項**  
 一、於投保期間或保單生效後，若對於本商品相關服務有疑慮或不滿時，要/被保險人除可向提供本商品之保險公司提出申訴外，亦可採取下述方式提出申訴：  
 1. 向彰化銀行之客服中心，申訴專線：0800-365-889 按 9 轉接專人  
 2. 向彰化銀行保險代理人處提出申訴，連絡方式如下-電話：02-2521-4879, E-mail: chbins@chb.com.tw  
 二、若要/被保險人向提供本商品之保險公司或彰化銀行之申訴處理人員提出申訴後，但該等機構未能於 30 天內做適當之處置，要/被保險人得向財團法人金融消費評議中心提出申訴。申訴專線：0800-789-885  
 本人(要/被保險人)確認銷售業務員具備本保險商品銷售資格及已履行個人資料保護法告知義務，且知悉本專案係保險商品並受保險安定基金保障，投保後短期內解約不利消費者，並對於以上銷售服務確認說明、客戶申訴說明...等事項已完全了解並同意。  
 此致 彰化商業銀行股份有限公司

要保人簽名： \_\_\_\_\_ 被保險人簽名： \_\_\_\_\_ ( 同要保人 )  
 法定代理人簽名： \_\_\_\_\_ 中華民國 年 月 日

繳款方式 首年：現金、信用卡、轉帳授權 續年：信用卡、轉帳授權

現金繳款（限首期）首期選擇現金繳款者，務請填寫續期繳費方式

以現金繳款者請填以下資料，並請分行將被保險人身分證字號輸入傳票摘要代號 \*送件時需檢附存款憑條

彰化銀行 吉林分行 帳號：3003-01-445605-02 戶名：兆豐產物保險股份有限公司

首/續期繳費方式

兆豐保險信用卡暨金融機構轉帳付款授權書

一、授權信用卡付款

授權碼(由保險公司填寫): \_\_\_\_\_

信用卡卡號: \_\_\_\_\_ 有效日期(西元): \_\_\_\_月20\_\_年

發卡銀行: \_\_\_\_\_ 信用卡種類:VISA MASTER JCB 授權日期:民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

授權人(持卡人)姓名: \_\_\_\_\_ 持卡人身分證號碼: \_\_\_\_\_ 持卡人連絡電話: \_\_\_\_\_  
\*請以正楷填寫

持卡人與要保人被保險人之關係為(請勾選本欄及下列關係):  
1.本人2.配偶3.子女4.父母5.孫子女6.祖父母7.兄弟姊妹  
8.法人負責人  
**\*持卡人非要、被保險人本人者須檢附關係文件。**

授權人(持卡人)親自簽名:  
\*請與信用卡背面簽名式樣相同

- 1.授權人(持卡人)同意以信用卡支付上開保險費金額予兆豐產物保險公司(以下簡稱兆豐產險公司)，並保證上列信用資料均詳實無訛。
- 2.本項交易經聯合信用卡處理中心核准後，當即寄發保險費收據予被保險人，若未獲核准則本保險費信用卡付款授權書自動失效，兆豐產險公司得重新收費。
- 3.授權人(持卡人)同意基於繳納保費之目的，兆豐產險公司得蒐集、處理及利用授權人(持卡人)於保險費信用卡付款授權書載明之個人資料(含關係證明文件)，俾利請款作業，並瞭解該公司依個人資料保護法所告知之事項。
- 4.本授權書須使用下述保險公司配合發卡機構發行之信用卡授權支付保險費，授權方始生效力;發卡機構為:彰化銀行、兆豐銀行、玉山銀行、國泰世華、台北富邦銀行、中國信託銀行等發卡機構，其餘發卡機構名單請於下列網址查詢 <https://www.cki.com.tw/Page/Index/83>

二、授權金融機構轉帳付款（限要保人或被保險人之彰化銀行活期性存款帳戶）

- 1.本人授權彰化銀行依兆豐產物保險股份有限公司「樂齡無憂專案」保費扣款媒體，由本人下列之彰化銀行存款帳戶扣除應付之保費。倘帳戶存款餘額不足，或因其他非可歸責彰化銀行之事由致無法扣繳保費之損失概由本人負責，並應於終止授權時立即通知兆豐產物保險股份有限公司。
- 2.本人於下列存款帳戶向彰化銀行申請數項自動轉帳付款服務時，授權彰化銀行決定各項轉帳付款之先後順序扣除首期或續期之應付保險費，本人決無異議。
- 3.若本人之存款帳號嗣後有變更之情形，本人應以書面通知兆豐產物保險股份有限公司辦理，以利其保費之收受，並於終止此授權時，即應通知兆豐產物保險股份有限公司。
- 4.本人同意扣款日如遇彰化銀行電腦系統故障或其他不可抗力事故致當日無法進行扣款作業時，得順延至電腦系統正常運作或其他不可抗力事故排除後之次營業日補行作業。

存款帳號：    -   -       -

存款戶身分證號碼/統一編號：\_\_\_\_\_ 授權日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

<b>用戶號碼</b> <small>本公司於授權成功後，以右列方式擇一通知授權人(電子郵件優先)，請務必填寫。</small>	00902 _____ EV (請填入被保險人身分證字號)	
	通知方式	電子郵件 (E-Mail) 通知信函郵寄地址 (掛號方式寄送) <input type="text"/>

(須與存款帳戶簽章及取款印鑑一致)

存款戶 簽章	銀行經辦 核對印鑑	經辦	負責人

要保人簽名(請與要保書簽名相同):  
適用於信用卡與轉帳授權  
如要保人為法人，茲聲明授權書內信用卡之持卡人為要保人之負責人，並同意以授權書內信用卡帳戶扣繳本公司保險費。

保單服務人員簽章  
保單服務人員(含業務員)  
須對授權書填寫之內容及關係證明文件審核無誤，並親自簽名。

# 彰化商業銀行股份有限公司履行個人資料保護法 蒐集、處理及利用個人資料告知書(人身保險)

附件一

第一聯  
銀行收執聯

由於個人資料之蒐集，涉及 臺端的隱私權益，彰化商業銀行股份有限公司（下稱本公司）及本公司所代理之保險公司依據個人資料保護法（以下稱個資法）第8條第1項（如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項）規定，向 臺端告知下列事項，請 臺端詳閱：

## 一、蒐集之目的：

- (一) 保險代理人業務
- (二) 人身保險
- (三) 消費者、客戶管理與服務
- (四) 行銷
- (五) 資(通)訊與資料庫管理
- (六) 金融爭議處理
- (七) 金融監督、管理與檢查
- (八) 非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集、處理及利用
- (九) 契約、類似契約或其他法律關係管理之事務
- (十) 消費者保護
- (十一) 資通安全與管理
- (十二) 金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集、處理及利用
- (十三) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

## 二、蒐集之個人資料類別：

包括但不限於：姓名、身分證統一編號、性別、出生年月日、聯絡方式、美國稅籍編號、國籍、出生地、住居所、健康檢查、醫療、病歷、指紋或聲紋(聲音)等其他生物識別特徵等，詳如相關業務申請書或文件內容，並以本公司與 臺端往來及自 臺端或第三人處所實際蒐集之個人資料為準。

## 三、個人資料之來源：

- (一) 要保人/被保險人
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
- (三) 臺端之法定代理人、輔助人
- (四) 各醫療院所
- (五) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人

## 四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：

- (一) 期間：因特定目的存續期間、執行業務所必須、依法令規定或依個別契約就資料之保存所定之保存年限。
- (二) 對象：本公司、本公司各分支機構及子公司、本公司所代理之保險公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國保險代理人商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、財金資訊股份有限公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、依法有調查權機關或國內外有權機關(例如：金融監理機關或稅務機關等)及 臺端所同意之對象(例如：本公司共同行銷或交互運用客戶資料之公司、與本公司合作推廣業務之公司等)。
- (三) 地區：上述對象所在之地區。

(四) 方式：合於法令規定以自動化機器或其他非自動化之利用方式(包括但不限於電子文件、紙本或其他合於當時科學技術之適當方式)。

五、依據個資法第3條規定， 臺端就本公司及本公司所代理之保險公司保有 臺端之個人資料得行使之權利及方式：

(一) 除有個資法第10條所規定之例外情形外，得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本，惟本公司依個資法第14條規定得酌收必要成本費用。

(二) 得向本公司請求補充或更正，惟依個資法施行細則第19條規定，臺端應適當釋明其原因及事實。

(三) 本公司如有違反個資法規定蒐集、處理或利用 臺端之個人資料，依個資法第11條第4項規定，臺端得向本公司請求停止蒐集、處理或利用。

(四) 依個資法第11條第2項規定，個人資料正確性有爭議者，得向本公司請求停止處理或利用 臺端之個人資料。惟依該項但書規定，本公司因執行業務所必須並註明其爭議或經 臺端書面同意者，不在此限。

(五) 依個資法第11條第3項規定，個人資料蒐集之特定目的消失或期限屆滿時，得向本公司請求刪除、停止處理或利用 臺端之個人資料。惟依該項但書規定，本公司因執行業務所必須或經 臺端書面同意者，不在此限。

六、臺端如欲行使上述個資法第3條規定之各項權利，有關如何行使之方式， 臺端可致電 02-2521-4879向本公司客服人員詢問。

七、臺端得自由選擇是否提供相關個人資料，惟 臺端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核作業，因此將婉謝、延遲或無法提供 臺端相關服務。

八、本公司利用 臺端個人資料進行行銷時， 臺端得向本公司表示拒絕接受行銷。

九、經本公司向 臺端告知上開事項後， 臺端已明確知悉本公司蒐集、處理或利用 臺端個人資料之相關內容無誤。

受告知人：

要 保 人：\_\_\_\_\_ 被 保 險 人：\_\_\_\_\_ (□同要保人)

法定代理人/輔助人：\_\_\_\_\_ 法定代理人/輔助人：\_\_\_\_\_

(要保人/被保險人或法定代理人/輔助人為同一人者，只須簽名一次)

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

註：本公司履行上開告知義務，不限書面或取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。

# 彰化商業銀行股份有限公司履行個人資料保護法 蒐集、處理及利用個人資料告知書(人身保險)

由於個人資料之蒐集，涉及 臺端之隱私權益，彰化商業銀行股份有限公司（下稱本公司）及本公司所代理之保險公司依據個人資料保護法（以下稱個資法）第8條第1項（如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項）規定，向 臺端告知下列事項，請 臺端詳閱：

## 一、蒐集之目的：

- (一) 保險代理人業務
- (二) 人身保險
- (三) 消費者、客戶管理與服務
- (四) 行銷
- (五) 資(通)訊與資料庫管理
- (六) 金融爭議處理
- (七) 金融監督、管理與檢查
- (八) 非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集、處理及利用
- (九) 契約、類似契約或其他法律關係管理之事務
- (十) 消費者保護
- (十一) 資通安全與管理
- (十二) 金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集、處理及利用
- (十三) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

## 二、蒐集之個人資料類別：

包括但不限於：姓名、身分證統一編號、性別、出生年月日、聯絡方式、美國稅籍編號、國籍、出生地、住居所、健康檢查、醫療、病歷、指紋或聲紋(聲音)等其他生物識別特徵等，詳如相關業務申請書或文件內容，並以本公司與 臺端往來及自 臺端或第三人處所實際蒐集之個人資料為準。

## 三、個人資料之來源：

- (一) 要保人/被保險人
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
- (三) 臺端之法定代理人、輔助人
- (四) 各醫療院所
- (五) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人

## 四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：

- (一) 期間：因特定目的存續期間、執行業務所必須、依法令規定或依個別契約就資料之保存所定之保存年限。
- (二) 對象：本公司、本公司各分支機構及子公司、本公司所代理之保險公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國保險代理人商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、財金資訊股份有限公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有合作推廣或有業務往來之機構、依法有調查權機關或國內外有權機關(例如：金融監理機關或稅務機關等)及 臺端所同意之對象(例如：本公司共同行銷或交互運用客戶資料之公司、與本公司合作推廣業務之公司等)。

(三) 地區：上述對象所在之地區。

(四) 方式：合於法令規定以自動化機器或其他非自動化之利用方式(包括但不限於電子文件、紙本或其他合於當時科學技術之適當方式)。

五、依據個資法第3條規定， 臺端就本公司及本公司所代理之保險公司保有 臺端之個人資料得行使之權利及方式：

(一) 除有個資法第10條所規定之例外情形外，得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本，惟本公司依個資法第14條規定得酌收必要成本費用。

(二) 得向本公司請求補充或更正，惟依個資法施行細則第19條規定，臺端應適當釋明其原因及事實。

(三) 本公司如有違反個資法規定蒐集、處理或利用 臺端之個人資料，依個資法第11條第4項規定，臺端得向本公司請求停止蒐集、處理或利用。

(四) 依個資法第11條第2項規定，個人資料正確性有爭議者，得向本公司請求停止處理或利用 臺端之個人資料。惟依該項但書規定，本公司因執行業務所必須並註明其爭議或經 臺端書面同意者，不在此限。

(五) 依個資法第11條第3項規定，個人資料蒐集之特定目的消失或期限屆滿時，得向本公司請求刪除、停止處理或利用 臺端之個人資料。惟依該項但書規定，本公司因執行業務所必須或經 臺端書面同意者，不在此限。

六、**臺端如欲行使上述個資法第3條規定之各項權利，有關如何行使之方式， 臺端可致電02-2521-4879向本公司客服人員詢問。**

七、臺端得自由選擇是否提供相關個人資料，惟 臺端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核作業，因此將婉謝、延遲或無法提供 臺端相關服務。

八、本公司利用 臺端個人資料進行行銷時， 臺端得向本公司表示拒絕接受行銷。

九、經本公司向 臺端告知上開事項後， 臺端已明確知悉本公司蒐集、處理或利用 臺端個人資料之相關內容無誤。



## 「樂齡無憂」專案Q&A

Q1：專案投保年齡？

A1：本專案適用保險年齡為60歲至80歲，續保至保險年齡90歲。

Q2：意外跌倒事故所產生之醫療費用會理賠嗎？

A2：本專案保障被保險人因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害，而致之身故、失能事故，**故意外跌倒事故所致之醫療實支實付與意外傷害住院非本專案承保項目。**

Q3：若因疾病所引起之器官衰竭導致之身故會理賠嗎？

A3：本專案保障被保險人因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害，而致之身故、失能事故，**故意疾病所致之身故非本專案承保項目。**

Q4：保單免體檢，那特殊體況可以買嗎？

A4：可以喔！服藥控制良好的高血壓、糖尿病客戶及癌症病史發現為0-2期、且兩年內無復發者，經過兆豐產物保險公司審核通過，也可投保。

Q5：如果被保險人不幸發生失能意外事故，應以何時為基準判定失能等級呢？

A5：機能永久喪失及遺存各級障害之判定，以被保險人於意外傷害事故發生之日起，並經**六個月**治療後症狀固定，**再行治療仍不能期待治療效果的結果為基準判定**。但可立即判定（如：截肢、器官摘除）者不在此限。

Q6：一次事故發生多個失能，如何理賠呢？

A6：若被保險人因同一個傷害事故，不幸造成失能等級表二項以上的失能，且受傷部位不同時，會依照保單條款的約定，理賠各項失能保險金之總和理賠。但如果不同的失能項目發生在同一手、足時，則只給付一項失能保險金，失能等級有差別者，則給付較高百分比的失能保險金。

Q7：輔助器具費用保險金如何申請？

A7：被保險人因遭受意外傷害事故，符合**第一級失能程度**經登記合格之醫院治療後判斷「**需輔助器具**」者，兆豐產物保險公司就被保險人實際支出之輔助器具費用予以補償，最高給付補償金額以保險單所載之保險金額為限。

Q8：要怎樣才能申請特別看護費用保險金的給付？

A8：一、被保險人因遭受意外傷害事故，符合**第一至三級失能程度**且經登記合格之醫院治療後判斷「**需特別看護**」者，兆豐產物保險公司給付保險金之責。

二、「需特別看護」定義：

被保險人符合1~3級失能程度且經登記合格之醫院診斷，無法執行下列日常生活活動達三項以上者：

- ①如無他人協助，無法自行起床。
- ②如無他人協助，無法自己走動。
- ③如無他人協助，無法自己進食。
- ④如無他人協助，無法自己沐浴。
- ⑤如無他人協助，無法自己穿脫衣服。
- ⑥如無他人協助，無法自己如廁。

本專案投保注意事項：

●意外傷害事故定義：

係指非由疾病引起之外來突發事故。

●大眾運輸工具：

係指領有合法執照，具有固定路(航)線、固定班(航)次(含加開班次)、固定場站及固定費率，對大眾開放且提供旅客運送服務之交通運輸工具。

●除外責任

被保險人因下列原因致成死亡、失能或傷害時，本公司不負給付保險金的責任。

- 一、要保人、被保險人的故意行為。
  - 二、被保險人犯罪行為。
  - 三、被保險人飲酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。
  - 四、戰爭(不論宣戰與否)、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。
  - 五、因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。
- 前項第一款情形(除被保險人的故意行為外)，致被保險人傷害或失能時，本公司仍給付保險金。

●不保事項

被保險人從事下列活動，致成死亡、失能或傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付保險金的責任：

- 一、被保險人從事角力、摔角、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等競賽或表演。
- 二、被保險人從事汽車、機車及自行車等競賽或表演。

●客戶服務及申訴管道

兆豐產物保險公司客戶服務及申訴管道：電話：0800-053-588

彰化銀行客戶服務及申訴管道：0800-365-889

彰化銀行保險代理人處客戶服務及申訴管道：

電話：02-2521-4879；e-mail：chbins@chb.com.tw

# 附表 失能程度與保險金給付表

項目	項次	失能程度	失能等級	給付比例
1 神經	神經障害	1-1-1 中樞神經系統機能遺存極度障害，包括植物人狀態或氣切呼吸器輔助，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助，經常需醫療護理或專人周密照護者。	1	100%
		1-1-2 中樞神經系統機能遺存高度障害，須長期臥床或無法自行翻身，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動之一部分須他人扶助者。	2	90%
		1-1-3 中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動尚可自理者。	3	80%
		1-1-4 中樞神經系統機能遺存障害，由醫學上可證明局部遺存頑固神經症狀，且勞動能力較一般顯明低下者。	7	40%
		1-1-5 中樞神經系統機能遺存障害，由醫學上可證明局部遺存頑固神經症狀，但通常無礙勞動。	11	5%
		2 眼	視力障害	2-1-1 雙目均失明者。
2-1-2 雙目視力減退至 0.06 以下者。	5			60%
2-1-3 雙目視力減退至 0.1 以下者。	7			40%
2-1-4 一目失明，他目視力減退至 0.06 以下者。	4			70%
2-1-5 一目失明，他目視力減退至 0.1 以下者。	6			50%
2-1-6 一目失明者。	7			40%
3 耳	聽覺障害	3-1-1 兩耳鼓膜全部缺損或兩耳聽覺機能均喪失 90 分貝以上者。	5	60%
		3-1-2 兩耳聽覺機能均喪失 70 分貝以上者。	7	40%
4 鼻	缺損及機能障害	4-1-1 鼻部缺損，致其機能永久遺存顯著障害者。	9	20%
		4-1-2 鼻未缺損，而鼻機能永久遺存顯著障害者。	11	5%
5 口	咀嚼吞嚥及言語機能障害	5-1-1 永久喪失咀嚼、吞嚥或言語之機能者。	1	100%
		5-1-2 咀嚼、吞嚥及言語之機能永久遺存顯著障害者。	5	60%
		5-1-3 咀嚼、吞嚥或言語構音之機能永久遺存顯著障害者。	7	40%
6 胸腹部臟器	胸腹部臟器機能障害	6-1-1 胸腹部臟器機能遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需要醫療護理或專人周密照護者。	1	100%
		6-1-2 胸腹部臟器機能遺存高度障害，終身不能從事任何工作，且日常生活需人扶助。	2	90%
		6-1-3 胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身不能從事任何工作，但日常生活尚可自理者。	3	80%
		6-1-4 胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。	7	40%
	臟器切除	6-2-1 任一主要臟器切除二分之一以上者。	9	20%
		6-2-2 脾臟切除者。	11	5%
膀胱機能障害	6-3-1 膀胱機能完全喪失且無裝置人工膀胱者。	3	80%	
7 軀幹	脊柱運動障害	7-1-1 脊柱永久遺存顯著運動障害者。	7	40%
		7-1-2 脊柱永久遺存運動障害者。	9	20%
8 上肢	上肢缺損障害	8-1-1 兩上肢腕關節缺失者。	1	100%
		8-1-2 一上肢肩、肘及腕關節中，有二大關節以上缺失者。	5	60%
		8-1-3 一上肢腕關節缺失者。	6	50%
	手指缺損障害	8-2-1 雙手十指均缺失者。	3	80%
		8-2-2 雙手兩拇指均缺失者。	7	40%
		8-2-3 一手五指均缺失者。	7	40%
		8-2-4 一手包含拇指及食指在內，共有四指缺失者。	7	40%
		8-2-5 一手拇指及食指缺失者。	8	30%
		8-2-6 一手包含拇指或食指在內，共有三指以上缺失者。	8	30%
		8-2-7 一手包含拇指在內，共有二指缺失者。	9	20%
		8-2-8 一手拇指缺失或一手食指缺失者。	11	5%
		8-2-9 一手拇指及食指以外之任何手指，共有二指以上缺失者。	11	5%
	上肢機能障害	8-3-1 兩上肢肩、肘及腕關節均永久喪失機能者。	2	90%
		8-3-2 兩上肢肩、肘及腕關節中，各有二大關節永久喪失機能者。	3	80%

項目	項次	失能程度	失能等級	給付比例	
9 下肢	下肢機能障害	9-1-1 兩下肢足踝關節缺失者。	1	100%	
		9-1-2 一下肢髖、膝及足踝關節中，有二大關節以上缺失者。	5	60%	
		9-1-3 一下肢足踝關節缺失者。	6	50%	
		縮短障害	9-2-1 一下肢永久縮短五公分以上者。	7	40%
		足趾缺損障害	9-3-1 雙足十趾均缺失者。	5	60%
			9-3-2 一足五趾均缺失者。	7	40%
		下肢機能障害	9-4-1 兩下肢髖、膝及足踝關節均永久喪失機能者。	2	90%
			9-4-2 兩下肢髖、膝及足踝關節中，各有二大關節永久喪失機能者。	3	80%
			9-4-3 兩下肢髖、膝及足踝關節中，各有一大關節永久喪失機能者。	6	50%
			9-4-4 一下肢髖、膝及足踝關節均永久喪失機能者。	6	50%
			9-4-5 一下肢髖、膝及足踝關節中，有二大關節永久喪失機能者。	7	40%
			9-4-6 一下肢髖、膝及足踝關節中，有一大關節永久喪失機能者。	8	30%
			9-4-7 兩下肢髖、膝及足踝關節均永久遺存顯著運動障害者。	4	70%
9-4-8 兩下肢髖、膝及足踝關節中，各有二大關節永久遺存顯著運動障害者。	5		60%		
9-4-9 兩下肢髖、膝及足踝關節中，各有一大關節永久遺存顯著運動障害者。	7		40%		
9-4-10 一下肢髖、膝及足踝關節均遺存永久顯著運動障害者。	7		40%		
9-4-11 一下肢髖、膝及足踝關節中，有二大關節永久遺存顯著運動障害者。	8	30%			
9-4-12 兩下肢髖、膝及足踝關節均永久遺存運動障害者。	6	50%			
9-4-13 一下肢髖、膝及足踝關節均永久遺存運動障害者。	9	20%			
足趾機能障害	9-5-1 雙足十趾均永久喪失機能者。	7	40%		
	9-5-2 一足五趾均永久喪失機能者。	9	20%		

\*本商品詳細內容請詳閱保單條款。

註：機能永久喪失及遺存各級障害之判定，以被保險人於意外傷害事故發生之日起，並經六個月治療後症狀固定，再行治療仍不能期待治療效果的結果為基準判定。但立即可判定者不在此限。