



新光產物強制汽車責任保險駕駛人傷害附加條款  
 新光產物機車強制責任保險駕駛人傷害附加條款  
 新光產物強制汽車責任保險駕駛人傷害附加條款(營業車、特種車適用)  
 新光產物強制汽車責任保險駕駛人傷害附加條款(自用大型車適用)  
 新光產物機車強制責任保險駕駛人傷害附加條款(基本型)  
 新光產物汽車強制責任保險駕駛人傷害附加條款(限車主本人)  
 新光產物機車強制責任保險駕駛人傷害附加條款(限車主本人)  
**被保險人名冊**

1	被保險人	姓名	出生年月日	身分證字號	與要保人關係	身故殘廢 保險金額	實支實付傷害 醫療保險限額	被保險人簽章 ※本人(被保險人)已 確認聲明事項之內容 請於下方欄位簽名。
		聯絡地址						
1	身故保險 金受益人	姓名	電話	身分證字號	與被保險人關係			
		聯絡地址						
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？(一)實支實付型傷害醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (二)實支實付型醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否								

新光產物汽車第三人責任保險附加駕駛人傷害保險暨傷害醫療給付附加條款  
 新光產物汽車保險附加駕駛人傷害保險(綜合型)  
**被保險人名冊**

1	被保險人	姓名	出生年月日	身分證字號	與要保人關係	身故殘廢 保險金額	實支實付傷害 醫療保險限額	傷害醫療 保險金日額	被保險人簽章 ※本人(被保險人)已 確認聲明事項之內容 請於下方欄位簽名。
		聯絡地址							
1	身故保險 金受益人	姓名	電話	身分證字號	與被保險人關係				
		聯絡地址							
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？(一)實支實付型傷害醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (二)實支實付型醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否									

新光產物汽車保險附加交通事故傷害保險  
**被保險人名冊**

1	被保險人	姓名	出生年月日	身分證字號	與要保人關係	身故殘廢 保險金額	實支實付傷害 醫療保險限額	傷害醫療 保險金日額	被保險人簽章 ※本人(被保險人)已 確認聲明事項之內容 請於下方欄位簽名。
		聯絡地址							
1	身故保險 金受益人	姓名	電話	身分證字號	與被保險人關係				
		聯絡地址							
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？(一)實支實付型傷害醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (二)實支實付型醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否									
2	被保險人	姓名	出生年月日	身分證字號	與要保人關係	身故殘廢 保險金額	實支實付傷害 醫療保險限額	傷害醫療 保險金日額	被保險人簽章 ※本人(被保險人)已 確認聲明事項之內容 請於下方欄位簽名。
		聯絡地址							
2	身故保險 金受益人	姓名	電話	身分證字號	與被保險人關係				
		聯絡地址							
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？(一)實支實付型傷害醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (二)實支實付型醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否									

被保險人注意事項：殘廢保險金、傷害醫療費用保險金的受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。

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。

**聲明事項：**

- 本人(被保險人)同意新光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。
- 本人(被保險人、要保人)同意新光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。
- 本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
- 本人知悉新光產物保險公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。
- 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新光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新光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，而新光產物保險公司仍承保者，新光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新光產物保險公司者，同意新光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。

※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本請於下方欄位簽名。

※本人(要保人)已確認聲明事項之內容請於下方欄位簽名。

要保人簽名：\_\_\_\_\_

要保日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日