

本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業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。
有關本公司資訊公開說明，歡迎查閱本公司網站(<http://www.tg-insurance.com>)，或親臨本公司台北市中正區許昌街 17 號 18 樓之 1 或各分支機構洽詢。本公司免費申訴電話:0800-075-777。

保險單號		第		號本單係		第		號續保					
被保險人	姓名							聯絡電話：					
	住所(通訊)地址							行動電話：					
	身分證字號/統一編號	出生日期	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女	國籍	<input type="checkbox"/> 1.本 <input type="checkbox"/> 2.外				
使用人			抵押權人										
保險期間		自民國		年	月	日	中午 12 時起至民國		年	月	日	中午 12 時止	
要保人	姓名	<input type="checkbox"/> 同被保險人					與被保險人關係	身分證字號/統一編號					
	通訊地址						代表人	電話					
標的編號	原始發照	製造年份	廠牌型式		車輛種類	排氣量	引擎/車身號碼		牌照號碼	乘載限制			
	民國	西元				C.C				人(噸)			
	年	年											
0001	月	月	車體損失險費率代號			竊盜損失險費率代號			年齡性別係數				
下列各項「保險種類」僅於其相關「保險金額」欄內填入保險金額或附貼依該險批單並分別記收保費後始予承保在內。										任意險查詢序號/從人因素係數釐算			
險種代號	保險種類		保險金額(新台幣元)		自負額(新台幣元)	保險費(新台幣元)							
	車體損失險		重置價格					經驗年度	承保公司保單號碼	賠款次數			
11	竊盜損失險							前一年		責任	車體		
12	零件、配件被竊損失險		依本附加條款約定					前二年					
31	第三人責任險		每一個人傷害					前三年					
32			每一意外事故傷害										
24	受酒類影響車禍受害人補償		同第三人責任險					累計點數					
47	機車強制責任險		同汽車強制責任保險		無			照片：_____張；顏色_____					
48	汽車強制責任險												
49	第三人附加駕駛人傷害保險		住院醫療保險金(日額)		無			里程數：_____KM					
50			死殘保險金										
51	第三人附加乘客體傷責任保險		每一個人傷害死亡		無			受損部位：					
53	旅客責任險		每一意外事故之總額										
0P			約定人數_____人		同主保險契約			勸車人員簽名/日期：					
0Q	限定駕駛人附加條款		列名使用人 1 _____										
0N			列名使用人 2 _____										
			列名使用人 3 _____					備註					
強制險保費：		任意險保費：		總保險費：									
強制汽車責任保險	保險證號碼：		_____保險公司		係數等級		強制險查詢序號						
	保險期間	自民國	年	月	日	中午 12 時起	<input type="checkbox"/> 需簽發 強制汽車						
		至民國	年	月	日	中午 12 時止	<input type="checkbox"/> 另出單 責任保險						

此強制汽車責任保險相關欄位，僅為提醒保戶維持強制汽車責任保險之有效性及檢視保障之完整性。
強制汽車責任保險訂定仍須依強制汽車責任保險法施行細則第四條辦理。

駕駛人傷害保險被保險人或附加被保險人名冊

(受益人申請本項醫療保險給付時，應檢具就診之合格醫療院所開立之醫療費用收據或影本加蓋與正本相符及醫療機構收據專用章及本保險契約相關文件以憑辦理)

被保險人(簽名)	身分證字號	出生年月日	與要保人關係	受益人姓名
<input type="checkbox"/> 同主保單被保險人(車主)			本人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人-請填具受益人資料
				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人-請填具受益人資料
				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人-請填具受益人資料
				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人-請填具受益人資料
				<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人-請填具受益人資料

指定受益人

(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)

被保險人	受益人序號	受益人姓名	身分證字號	與被保險人關係	給付比列(%)	順位	聯絡電話
<input type="checkbox"/> 同主保單被保險人(車主)		地址					
		地址					
		地址					
		地址					
		地址					
		地址					
		地址					
		地址					

告知事項：1. 本人要保書所填各項，均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事，足為與 貴公司訂立保險契約之基礎，要保人並願接受該保險契約各項條款及規定之約束， 貴公司並得使用此要保書上相關資料於產物保險公司一般行政及業務。

2. 本人同意 貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍依其本身核保標準決定是否承保，不得僅以前上開資料作為承保與否之依據。

聲明事項：1. 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」，本人已了解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。

2. 本人知悉 貴公司得依「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人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。

(1) 業務員是否已告知各類車體損失保險商品之內容差異或提供相關書面資料供參：

是 否：業務員僅推薦下列車體損失保險商品：車體損失保險甲式；車體損失保險乙式；車體損失保險丙式。

(2) 透過保險代理人公司投保時，業務員是否已告知其所代理之所有保險公司名稱：

是 否：業務員僅推薦下列產物保險公司之車體損失保險商品：(請填寫業務員所推薦之特定保險公司名稱) _____ 產物保險股份有限公司。

要保人 / 被保險人簽章： _____ 要保日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

舊保單期滿後，本要保書車體損失險或第三人責任險之保費，需依實際賠款紀錄重新核算；無論是否辦理續保，該項保費如有逾收，應予退費。如有短收，應予補繳。

核保	初核 / 輸入	服務人員	業務員填寫欄				保險經紀(代理)人簽署
			單位	登錄字號	姓名		
			業務來源(代號)：				