



泰安產物嚴選

教師御守

守護您的夢想

專案特色：

- 教學保障最完整：本專案自動涵蓋國內戶外教學與導護工作之責任。
- 首創理賠高額度：保險期間賠償金額加倍，業界獨創零自負額！
- 投保對象最廣泛：幼稚園、補教業、小學至大專院校教職員皆可投保。
- 理賠服務最貼心：專業律師提供免費法律諮詢服務。

教師御守保障教職員因執行職務或管教權之疏忽或過失，因而直接造成學員受有體傷、死亡，依法應負之賠償責任。



業界首創：零自負額！讓您的教學零負擔零煩惱~

求償意識抬頭，教學環境潛在的風險，您不可不知~~

◎學童眼睛遭刺判賠 306 萬

【95 年高等法院判決】

◎同學戳瞎單眼國小判賠 193 萬

【96.10.27 自由時報】



投保方案	經濟型	加值型
保期內最高賠償金額	200 萬	400 萬
每一事故之體傷或死亡	100 萬	200 萬
慰問金(身故/傷害慰問金)	50,000 / 5,000-	
自負額	無	
保險費(每人/每年)	NT\$560	NT\$955

◎注意事項：

- 各級學校及補習班之電機、汽機車修護、機械電器、駕訓班等技藝類教師不適用本專案。
- 極限運動(如攀岩、高空彈跳)、托嬰中心教師及任職於特殊教育機構及軍警學校者為本專案不保對象。
- 凡透過教師會投保或教育機構投保人數達 50 位以上者即享有法律諮詢服務。
- 如有故意隱匿或過失遺漏或為不實之說明，足以變更或減少本公司對於危險之估計者，本公司得解除本保險契約；其危險發生後亦同。

投保聯絡方式：

理想保險經紀人事業發展股份有限公司
電話:02-2761-3311 轉 668(團保部)
傳真:02-2761-2727
服務專員：
行政人員：周芳如

一張真正替老師說話的保單

守護老師您的夢想【教師御守】

【泰安產物---理想教師御守】

保費便宜

經濟型 100 萬(560 元) 加值型 200 萬(955 元)

保障更加倍

買 100 萬加倍 200 萬的保障。

(每一事故最高 100 萬理賠金額，投保一年期間有 200 萬保額)

內容更實惠

業界首創免自負額(2500 元)的教責險保單。

慰問金一年內最高 5000 元 / 50000 元(慰問 / 身故慰問金)

理賠更明確

國內戶外教學與導護工作，歸屬老師之責任，都在理賠範圍之內。

範圍更廣泛

保單保障跟隨老師本人，不受單一任教場所限制。

保障更完善

保單到期，未再續保，仍保有投保期間發生之事故 2 年內追訴權。

教師會會員於事故發生期間，享有免費法律諮詢。

法律訴訟確認後，訴訟費用依責任比率由保險公司支付。

理想保險經紀人事業發展股份有限公司

電話：02-27613311~668 傳真：02-27562727

聯絡專員：

泰安產物保險股份有限公司
TAIAN INSURANCE CO., LTD.

總公司：台北市中山區長春路 145 號
TEL：(02)2381-9678
24 小時理賠報案專線：0800-012-080

「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。」
要保人可透過免費申訴電話(0800-012-080)或本公司網站(<https://www.taian.com.tw>)、總公司、分公司及服務中心查閱及索取電腦查閱資訊公開說明文件。

112.06.05(112)精企字第 093 號函送保險商品資料庫

泰安產物教職員責任保險要保書

保單份數	正本	
	副本	

保險單號碼	字第	號本單係	字第	號續保
被保險人		負責(代表)人		聯絡電話
身份證字號		出生日期	民國 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
地址				
要保人	(如同被保險人者，本欄位資料可免填)	負責(代表)人		聯絡電話
身份證字號		出生日期	民國 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
地址		與被保險人關係		
保險期間	自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止			
追溯日	民國 年 月 日 時			
被保險人任職單位	<input type="checkbox"/> 大專院校 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高職 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 其他教育團體			
被保險人教職類別	<input type="checkbox"/> 專科專任教師 <input type="checkbox"/> 技能專任教師 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 其他類職員			
保險金額	承保項目	保險金額(NT\$)	自負額(每一次事故)	
	每一事故身體傷亡保險金額	NT\$1,000,000	無	
	保險期間內最高賠償金額	NT\$2,000,000		
投保教職員資料				
附加條款	758A, 911, 95, 95003(住 5000/1 萬/1 萬; 奠 5000/5 萬/5 萬)			
總保險費	NT\$ 560	備註		
※要保人注意及聲明事項:※ ※投保其他保險資料/損失記錄: 最近五年以來是否曾發生意外事故?如有,請詳述之: _____ 目前是否向其他保險公司投保同類保險?如有,請詳填保險公司名稱、保險單號碼、保險金額及保險期間: _____ 保險內容如有變動,應通知保險公司並辦理批改。遇有事故發生時,應立即通知保險公司並盡力避免損失之擴大。 ※要保人茲特聲明:(1)本要保書所填各項,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。(2)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。(3)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。 ※其他事項: 填寫本要保書時, <input type="checkbox"/> 已審閱(3日以上) <input type="checkbox"/> 未審閱 保險契約條款,充分了解承保內容及不保事項。 此致 泰安產物保險股份有限公司				
要保人簽章:			中華民國 年 月 日填	
再保狀況			再保人員	初核人員

以下由保險業務員填寫			保險代理人/ 經紀人簽署章	以下由泰安產物保險公司填寫		
姓名(簽名)	登錄證字號	單位		經手代號	業務來源	統計代號
聯絡電話	收件日期	備註	保經代代號	核保人員	輸入人員	

泰安產物保險股份有限公司
TAIAN INSURANCE CO., LTD.

總公司：台北市中山區長春路 145 號
TEL：(02)2381-9678
24 小時理賠報案專線：0800-012-080

「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。」
要保人可透過免費申訴電話(0800-012-080)或本公司網站(<https://www.taiwan.com.tw>)、總公司、分公司及服務中心查詢及索取電腦查詢資訊公開說明文件。

112.06.05(112)精企字第 093 號函送保險商品資料庫

泰安產物教職員責任保險要保書

保單份數	正本	
	副本	

保險單號碼	字第	號本單係	字第	號續保
被保險人		負責(代表)人		聯絡電話
身份證字號		出生日期	民國 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
地址				
要保人	(如同被保險人者，本欄位資料可免填)	負責(代表)人		聯絡電話
身份證字號		出生日期	民國 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
地址		與被保險人關係		
保險期間	自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止			
追溯日	民國 年 月 日 時			
被保險人任職單位	<input type="checkbox"/> 大專院校 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高職 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 其他教育團體			
被保險人教職類別	<input type="checkbox"/> 專科專任教師 <input type="checkbox"/> 技能專任教師 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 其他類職員			
保險金額	承保項目	保險金額(NT\$)	自負額(每一次事故)	
	每一事故身體傷亡保險金額	NT\$2,000,000	無	
	保險期間內最高賠償金額	NT\$4,000,000		
投保教職員資料				
附加條款	758A, 911, 95, 95003(住 5000/1 萬/1 萬; 奠 5000/5 萬/5 萬)			
總保險費	NT\$ 955	備註		
※要保人注意及聲明事項:※ ※投保其他保險資料/損失記錄: 最近五年以來是否曾發生意外事故?如有,請詳述之: _____ 目前是否向其他保險公司投保同類保險?如有,請詳填保險公司名稱、保險單號碼、保險金額及保險期間: _____ 保險內容如有變動,應通知保險公司並辦理批改。遇有事故發生時,應立即通知保險公司並盡力避免損失之擴大。 ※要保人茲特聲明:(1)本要保書所填各項,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。(2)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。(3)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。 ※其他事項: 填寫本要保書時, <input type="checkbox"/> 已審閱(3 日以上) <input type="checkbox"/> 未審閱 保險契約條款,充分了解承保內容及不保事項。 此致 泰安產物保險股份有限公司				
要保人簽章:			中華民國 年 月 日填	
再保狀況			再保人員	初核人員
	%	%		

以下由保險業務員填寫			保險代理人/ 經紀人簽署章	以下由泰安產物保險公司填寫		
姓名(簽名)	登錄證字號	單位		經手代號	業務來源	統計代號
聯絡電話	收件日期	備註	保經代代號	核保人員	輸入人員	

信用卡簽帳前，請詳閱約定條款內容

泰安產物保險(股)公司 保險費簽帳單

簽帳日期： 年 月 日

授權號碼： (由保險公司填寫)

信用卡種類：VISA MASTER JCB 聯合信用卡

信用卡有效日期： 月 年(西元)

信用卡卡號： _____ - _____ - _____ - _____

持卡人聯絡電話： _____

持卡人身分證號碼： _____

持卡人姓名： _____ (請以正楷填寫)

持卡人與要保人關係：要保人 被保險人 配偶 父母/子女 兄弟姊妹 (外)祖父母/孫子女 公司負責人/員工
(依據金融監督管理委員會 109 年 8 月 14 日金管保壽字第 1090425855 號函規定，如非要保人或被保險人須檢附關係證明文件)

【信用卡扣繳授權書約定條款】

1. 立授權書人(下稱本人)同意自泰安產物保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)同意承保後，以下列信用卡支付下列編號應繳付之保險費予貴公司，如因授權書內容填寫錯誤或其他原因致無法代扣保費，本授權書效力立即終止，但得補正之情形不在此限。若信用卡因故損毀、掛失，或有效期間屆滿等原因而製作新卡，本授權書對新卡仍具效力；信用卡卡號因此變更者，本人同意立即通知貴公司，本授權書之效力繼續有效，以利保險費之收取。本授權書之記載事項係依相關法令辦理。
2. 本公司因保險業務之經營及執行需蒐集、處理或利用上述 台端之個人資料，對於所填寫之資料，悉依「個人資料保護法」相關規範辦理，若有任何問題請洽詢本公司 0800-012-080 免付費專線。
3. 依據金融監督管理委員會 109 年 8 月 14 日金管保壽字第 1090425855 號函規定，保險業透過信用卡收取保險費，將由收單機構或透過財團法人聯合信用卡處理中心協助檢核授權人之身分證統一編號與持卡人身分證統一編號是否一致。另若消費者有信用卡誤扣他人保險費疑義，銀行將依循爭議帳款處理機制。

持卡人親自簽名(請與信用卡背面之簽名樣式相同)

要保人親自簽名(請與要保書簽名樣式相同)

被保險人	保單號碼/報價單號 (要保人須為同一人)	保險費					
		拾	萬	千	百	拾	元
保險費總金額： 拾 萬 仟 佰 拾 元 整 (請填大寫金額)		NT\$ (小寫金額)					

※保單服務人員(含業務員)須對授權書填寫之所有內容審核無誤後簽名： _____ (泰安服務人員)

敬請上列資料填妥完畢後，傳真至：

收，謝謝。

服務專員：

聯絡電話：

泰安產物保險股份有限公司

WWW.TAIAN.COM.TW

客服電話：0800-012-080

20201130 版本更新

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

泰安產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)依據個人資料保護法(以下簡稱個資法)第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (一) 財產保險(0九三)。
- (二) 人身保險(00一)。
- (三) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。

二、蒐集之個人資料類別:

識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、教育程度及其他專業、受僱情形、財務細節等,包含要保人、被保險人、受益人、或責任險第三人之姓名、身分證字號、出生年月日、護照號碼、婚姻、家庭、教育、職業、病歷、醫療、健康檢查、聯絡方式、財務狀況等資料及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。

三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)

- (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) 當事人之法定代理人、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:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象:本(分)公司、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (三) 地區:上述對象所在之地區。
- (四) 方式:合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定, 台端就本公司保有台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (一) 得向本公司行使之權利:
 - 1、向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 2、向本公司請求補充或更正。
 - 3、向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二) 行使權利之方式:

以書面或其他日後可供證明之方式。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用):

台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及處理作業,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供台端相關服務或給付。

瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨招攬人員報告書【財產保險】

要保人姓名：	被保險人姓名： (如為要保人無須填寫)
國籍： <input checked="" type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (請說明)	國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (請說明)
職業/行業別： <input checked="" type="checkbox"/> 一般職業 或 <input type="checkbox"/> 下述所列職業	職業/行業別： <input type="checkbox"/> 一般職業 或 <input type="checkbox"/> 下述所列職業
律師/會計師/公證人(或其合夥人、受僱人)/不動產經紀人/當舖、銀樓或融資從業人員/藝術品(骨董)交易商/買賣(交易)商/基金(協會)/宗教人士/匯款公司或外幣兌換所/虛擬貨幣發行者/軍火(製造)商/寶石及貴金屬交易商/外交使館(人員)/駐內外辦事處(人員)/外國政府單位(人員)/博弈產業(場所)人員。	
★是否為國內、外或國際組織之重要政治性職務人士(含家庭成員或密切關係者)： <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是→請勾選 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	★是否為國內、外或國際組織之重要政治性職務人士(含家庭成員或密切關係者)： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是→請勾選 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國
客戶屬性： <input type="checkbox"/> 專業客戶 <input checked="" type="checkbox"/> 非專業客戶(其他及自然人客戶勾選)	客戶屬性： <input type="checkbox"/> 專業客戶 <input type="checkbox"/> 非專業客戶(其他及自然人客戶勾選)
★專業客戶：指法人客戶符合「專業投資機構」或「總資產達新臺幣五千萬元以上」其中一項者。	
法人/團體 負責人姓名： 登記/註冊地： <input checked="" type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (請說明)	法人/團體 負責人姓名： 登記/註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (請說明)
投保險種：教職員責任保險	與要保人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其它 (請說明)

一、客戶屬性(請逐一確認)

1. 招攬人員已充分瞭解、辨識並正確核實要/被保險人之基本資料及身分證明文件無誤	<input checked="" type="checkbox"/>
2. 招攬人員已瞭解要保人之投保條件、目的及需求程度，並交由核保人員進行相關核保程序	<input checked="" type="checkbox"/>
3. 招攬人員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)	<input type="checkbox"/>
4. 招攬人員已使客戶瞭解所交保費係用以購買保險商品	<input checked="" type="checkbox"/>
5. 招攬人員已使客戶瞭解其投保之險種、保額與保費支出與其實際需求是否相當	<input checked="" type="checkbox"/>
6. 招攬人員已瞭解客戶對於匯率風險之承受能力(購買以外幣收付之非投資型商品適用)	<input type="checkbox"/>
7. 要保人投保前三個月內有無辦理貸款或保險單借款之情形?	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
8. 招攬人員已充分瞭解客戶繳交保險費之資金來源為 <input checked="" type="checkbox"/> 工作或營業收入 <input type="checkbox"/> 存款 <input type="checkbox"/> 解約 <input type="checkbox"/> 借貸款(貸自： <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 親友) <input type="checkbox"/> 其他 _____。	

二、要保人之需求與投保目的(請選擇勾選)

1. 為個(法)人之財產及利益作風險規劃	<input type="checkbox"/>
2. 為個(法)人依法應負之賠償責任作風險規劃	<input checked="" type="checkbox"/>
3. 為個(法)人或團體所屬員工可能承受之傷害作風險規劃	<input type="checkbox"/>
4. 其他 _____ (請說明)	

三、業務報告(請逐一確認)

1. 招攬人員已向要保人說明對於本保險契約(含附加條款或附加保險)之權利行使、變更、解除及終止之方式	<input checked="" type="checkbox"/>
2. 招攬人員已向要保人說明承保公司對於本保險契約之(含附加條款或附加保險)權利、義務及責任	<input checked="" type="checkbox"/>
3. 招攬人員已向要保人說明其應負擔之保險費以及毋須負擔違約金及其他費用	<input checked="" type="checkbox"/>
4. 招攬人員已向要保人說明本保險依法受保險安定基金之保障	<input checked="" type="checkbox"/>
5. 招攬人員已向要保人說明承保公司因本商品所生紛爭之處理及申訴管道	<input checked="" type="checkbox"/>

※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。

保險代理人簽署人員：_____ 簽章

招攬人員：_____ 簽章

保險經紀人簽署人員：_____ 簽章

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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