

全家人的意外險保障，

1張搞定！

# 新久安心

家庭型一年期  
 新安東京海上產物個人責任保險  
 100年04月01日新安東京海上100商字第0201號函備查  
 104年10月06日依金融監督管理委員會104年7月2日金管保壽字第10402523520號函修正  
 新安東京海上產物個人責任保險附加五福臨門個人傷害保險  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0154號函備查  
 110年12月01日新安東京海上110商字第0288號函備查  
 新安東京海上產物傷害保險加護病房給付附加條款  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0155號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物傷害保險加護病房給付附加條款(家庭型)  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0156號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物傷害保險住院慰問金給付附加條款  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0157號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物傷害保險住院慰問金給付附加條款(家庭型)  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0158號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物傷害保險重大燒燙傷給付附加條款  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0160號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物傷害保險特定事故給付附加條款  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0167號函備查  
 110年12月01日新安東京海上110商字第0272號函備查  
 新安東京海上產物傷害保險傷害醫療保險給付附加條款  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0170號函備查  
 107年04月30日新安東京海上107商字第0088號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物傷害保險傷害醫療保險給付附加條款(家庭型)  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0171號函備查  
 107年04月30日新安東京海上107商字第0089號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物傷害保險新舊雜費給付附加條款  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0172號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物傷害保險緊急醫療救護費用給付附加條款  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0173號函備查  
 新安東京海上產物傷害保險緊急醫療救護費用給付附加條款(家庭型)  
 105年08月01日新安東京海上105商字第0120號函備查  
 新安東京海上產物傷害保險燒燙傷及皮膚移植手術給付附加條款  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0174號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物傷害保險燒燙傷病房給付附加條款  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0175號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物傷害保險燒燙傷病房給付附加條款(家庭型)  
 104年06月15日新安東京海上104商字第0176號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正

個人型三年期  
 新安東京海上產物三年期個人傷害保險  
 107年05月18日新安東京海上107商字第0106號函備查  
 109年09月01日新安東京海上109商字第0208號函備查  
 111年12月30日依金融監督管理委員會111年8月30日金管保壽字第1110445485號函修正  
 新安東京海上產物三年期個人傷害保險特定事故給付附加條款  
 107年05月18日新安東京海上107商字第0107號函備查  
 109年09月01日新安東京海上109商字第0209號函備查  
 新安東京海上產物三年期個人傷害保險特定住宅火災傷害事故身故及失能保險金附加條款  
 107年05月18日新安東京海上107商字第0119號函備查  
 109年09月01日新安東京海上109商字第0210號函備查  
 新安東京海上產物三年期個人傷害保險自行車特定交通事故給付附加條款  
 107年05月18日新安東京海上107商字第0121號函備查  
 109年09月01日新安東京海上109商字第0212號函備查  
 新安東京海上產物三年期個人傷害保險特定事故死亡及失能及醫療保險給付附加條款  
 107年05月18日新安東京海上107商字第0117號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物三年期個人傷害保險傷害醫療保險給付附加條款  
 107年05月18日新安東京海上107商字第0108號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物三年期個人傷害保險加護病房給付附加條款  
 107年05月18日新安東京海上107商字第0109號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物三年期個人傷害保險燒燙傷病房給付附加條款  
 107年05月18日新安東京海上107商字第0118號函備查  
 109年01月01日依金融監督管理委員會108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正  
 新安東京海上產物自動續約附加條款  
 107年01月12日新安東京海上107商字第0027號函備查  
 新安東京海上產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款  
 92年12月29日財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)  
 99年2月10日產健字第018號函備查  
 107年09月14日依金融監督管理委員會107年6月7日金管保壽字第10704158370號函修正

## 一年期家庭型 & 三年期個人傷害險

(本商品限15至70歲購買)

專案特色

免體檢、手續簡便  
 大眾運輸事故最高2,000萬元保障

- ◆ 傷害看護 ◆ 海外旅遊
- ◆ 交通安全 ◆ 家庭保障



一年期(家庭型)

- 加費升級保障全家
- 高保額意外保障、讓您生活好安心
- 重大傷害醫療保障
- 傷害醫療保障陣容最完備

三年期(個人型)

- 保額保障逐年增額
- 顏面傷害失能整形費用
- 特定住宅火險自動增額保障
- 特定意外事故增額保障最安心





新安東京海上產險

# 新安東京海上產物個人型綜合保險要保書

總公司：台北市南京東路三段130號8-13樓

客服及免費申訴電話：0800-050-119

查詢本公司資訊公開說明文件之內容，請至本公司網站：<https://www.tmnewa.com.tw> 查詢



人身保險  
不保事項

- 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。
- 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。
- 本保險商品一年期個人傷害保險未提供契約撤銷權，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。
- 本保險商品三年期個人傷害保險提供契約撤銷權，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，並把握保單契約撤銷之時效(收到保單翌日起算十日內)。
- 如需參考其他相關商品資訊，可查閱本公司網站或洽服務人員辦理。

核准文號：112年11月30日新安東京海上112商字第0087號函送保險商品資料庫

## 一、基本資料

保單號碼：

|     |  |
|-----|--|
| 要保人 | 姓名： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期：民國____年____月____日 身分證字號(統一證號) _____   |
|     | 住 所： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (通訊地址) _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ 路街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 |
|     | 聯絡電話：手機： <input type="text"/> 住家： <input type="text"/> 公司： <input type="text"/> 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名)   |
|     | 保單寄送方式： <input type="checkbox"/> 紙本 <input type="checkbox"/> 電子保單(務必填寫E-mail)；若無勾選則印製紙本保單寄送<br>本人同意新安東京海上產物保險股份有限公司依「電子簽章法」相關規定，以電子文件與電子簽章之方式核發「電子保單」，並寄送指定電子郵件帳號(E-mail)，且不再另寄發紙本保單。<br>E-Mail： <input type="text"/> (僅限要/被保人帳號E-mail)  |

|       |  |
|-------|--|
| 主被保險人 | 被保險人與要保人關係： <input type="checkbox"/> 本人(以下粗框處資料免填) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他 _____   |
|       | 姓名： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期：民國____年____月____日 身分證字號(統一證號) _____   |
|       | 住 所： <input type="checkbox"/> 同要保人 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (通訊地址) _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ 路街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 |
|       | <input type="checkbox"/> 同要保人 聯絡電話：手機： <input type="text"/> 住家： <input type="text"/> 公司： <input type="text"/> 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名)   |
|       | 服務機構名稱 _____ 職位(職稱) _____ 職業類別(由保險公司填寫) _____ 第 _____ 類<br>工作內容(性質) _____ 是否兼業 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，工作性質： <input type="text"/> 代碼：_____   |

詢問事項：\* 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？ 是 否  
\* 被保險人目前是否受有監護宣告？ 是(請提供) 否  
\* 被保險人是否領有身心障礙手冊或證明？ 是(請提供) 否

|       |  |       |      |         |  |                          |    |    |      |  |  |
|-------|--|-------|------|---------|--|--------------------------|----|----|------|--|--|
| 身故受益人 | *法定繼承人與指定受益人請擇一勾選，倘未勾選，則視為指定被保險人之法定繼承人。  |       |      |         |  |                          |    |    |      |  |  |
|       | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填具下欄聯絡地址與電話，若受益人逾1人時，請填寫身故保險金給付方式，如未填寫，推定為均分，順位未填寫，推定為同一順位) |       |      |         |  |                          |    |    |      |  |  |
|       | 姓 名  | 身分證字號 | 出生日期 | 與被保險人關係 | 國 籍  | 均分                       | 順位 | 比例 | 聯絡電話 | 聯絡地址   |  |
|       |  |       |      |         | <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名) | <input type="checkbox"/> |    | %  |      | 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所/ <input type="checkbox"/> 同被保人住所 |  |

如身故保險金受益人係身分別之指定或要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話，本公司將以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故保險金受益人之通知依據  
要保人遇有保險費的退還或受益人保險金的申領時，應依據本保險契約之相關規定提供要保人或受益人之匯款帳戶資料

\*僅限投保個人型綜合保險一年期專案且加保家庭成員時，需填寫以下其他被保險人相關欄位。

|        |         |           |   |       |       |  |                                 |         |      |
|--------|---------|-----------|---|-------|-------|--|---------------------------------|---------|------|
| 其他被保險人 | 與要保人之關係 | 與主被保險人之關係 | 姓 名   | 出生年月日 | 身分證字號 | 國 籍  | 住 所                             | 工作性質及內容 | 職業等級 |
|        |         |           | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |       |       | <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名) | <input type="checkbox"/> 同主被保險人 |         |      |
|        |         |           | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |       |       | <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名) | <input type="checkbox"/> 同主被保險人 |         |      |
|        |         |           | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |       |       | <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名) | <input type="checkbox"/> 同主被保險人 |         |      |

保證期間：自民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日午夜12時起 一年 三年

二、告知事項 要保人對於保險人之書面詢問事項，應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，新安東京海上產物保險公司得依保險法第64條之規定解除契約，保險事故發生後亦同，為保障您的權益，請務必親自填寫並確實告知。

|  |   |
|--|---|
| 一、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.高血壓症(指收縮壓140 mm 舒張壓 90 mm 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、帕金森氏症。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。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 二、目前身體機能是否有下列障害(請勾選)：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，且一目視力矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表O·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、吞嚥或語言機能障害。7.四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。                  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 三、其他被保險人是否有同上述兩項告知事項之體況或疾病，請告知。  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

告知「是」者姓名：

上述告知「是」者，請補充說明：病名： 約初次發現日期： 目前是否治療中： 是否痊癒

|   |
|---|
| 三、要保人及被保險人聲明事項  |
| (一) 本人(被保險人)同意(新安東京海上產物保險公司)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(新安東京海上產物保險公司)將本要保書上載本人資料轉送產、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之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。  |
| (四) 本人已審閱並瞭解新安東京海上產物保險公司所提供之「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(新安東京海上產物保險公司)蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。  |
| (五) 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(新安東京海上產物保險公司)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(新安東京海上產物保險公司)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(新安東京海上產物保險公司)仍承保者，(新安東京海上產物保險公司)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(新安東京海上產物保險公司)者，同意(新安東京海上產物保險公司)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。 |



## 一年期保險金額(新臺幣元)

| 對象               | 保障項目                 |                       | 保險金額                   |          |          |
|------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|----------|----------|
|                  |                      |                       | 計畫A                    | 計畫B      | 計畫C      |
| 主被保險人            | 個人責任                 | 個人責任保險(每一事故自負額2,500元) | 2萬                     | 2萬       | 2萬       |
|                  |                      | 意外身故失能保障              | 五福臨門個人傷害保險附約(一般身故失能給付) | 100萬     | 200萬     |
|                  | 水陸空大眾運輸意外事故給付(以乘客身分) |                       | 400萬                   | 800萬     | 1,500萬   |
|                  | 重大傷害醫療               | 重大燒燙傷保險金              | 50萬                    | 100萬     | 100萬     |
|                  |                      | 燒燙傷皮膚移植手術保險金          | 50萬                    | 100萬     | 100萬     |
|                  |                      | 新看護費用保險金              | 50萬                    | 100萬     | 100萬     |
|                  | 意外醫療保障<br>(可同時申請)    | 傷害醫療保險金實支實付型          | 3萬                     | 3萬       | 3萬       |
|                  |                      | 緊急醫療救護費用保險金           | 1,000元                 | 1,000元   | 2,000元   |
|                  |                      | 傷害醫療保險金住院日額型(最高90日)   | 2,000元/日               | 2,000元/日 | 2,000元/日 |
|                  |                      | 加護病房保險金(最高90日)        | 2,000元/日               | 2,000元/日 | 2,000元/日 |
|                  |                      | 燒燙傷病房保險金(最高90日)       | 2,000元/日               | 2,000元/日 | 2,000元/日 |
|                  |                      | 傷害醫療骨折未住院給付           | 上限6萬元                  | 上限6萬元    | 上限6萬元    |
|                  |                      | 住院慰問保險金(連續住院3日以上)     | 1,000元/次               | 2,000元/次 | 3,000元/次 |
|                  | 年繳保費                 | 職業等級 1-3類             | □ 2,012元               | □ 3,051元 | □ 5,797元 |
|                  |                      | 職業等級 4類               | □ 3,900元               | □ 5,895元 | X        |
| 職業等級 5-6類        |                      | □ 6,384元              | □ 9,656元               | X        |          |
| 其他被保險人專屬傷害醫療保險附約 |                      |                       | 以下附約可自行加選              |          |          |
| 家庭成員             | 意外醫療保障<br>(可同時申請)    | 傷害醫療保險金實支實付型          | 3萬                     | 3萬       | 3萬       |
|                  |                      | 緊急醫療救護費用保險金           | 1,000元                 | 1,000元   | 2,000元   |
|                  |                      | 傷害醫療保險金住院日額型(最高90日)   | 2,000元/日               | 2,000元/日 | 2,000元/日 |
|                  |                      | 加護病房保險金(最高90日)        | 2,000元/日               | 2,000元/日 | 2,000元/日 |
|                  |                      | 燒燙傷病房保險金(最高90日)       | 2,000元/日               | 2,000元/日 | 2,000元/日 |
|                  |                      | 傷害醫療骨折未住院給付           | 上限6萬元                  | 上限6萬元    | 上限6萬元    |
|                  |                      | 住院慰問保險金(連續住院3日以上)     | 1,000元/次               | 2,000元/次 | 3,000元/次 |
|                  | 每人年繳保費               | 職業等級 1-3類             | □ 975元                 | □ 995元   | □ 1,052元 |
|                  |                      | 職業等級 4類               | □ 1,906元               | □ 1,926元 | X        |
|                  |                      | 職業等級 5-6類             | □ 3,112元               | □ 3,132元 | X        |

註：同一專案，投保一年期或三年期僅限擇一選擇

## 三年期保險金額(新臺幣元)

| 對象                | 保障項目            |                      | 保險金額                |          |           |
|-------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------|-----------|
|                   |                 |                      | 計畫A                 | 計畫B      | 計畫C       |
| 意外身故失能保障          | 意外身故失能保障        | 三年期個人傷害保險(一般身故失能給付)  | 100萬                | 200萬     | 300萬      |
|                   |                 | 水陸空大眾運輸意外事故給付(以乘客身分) | 400萬                | 800萬     | 1,700萬    |
|                   |                 | 颱風、洪水天災意外事故給付        | 100萬                | 200萬     | 300萬      |
|                   |                 | 閃電、地震、雷擊特定天災事故給付     | 100萬                | 200萬     | 300萬      |
|                   |                 | 特定住宅火災傷害事故給付         | 100萬                | 100萬     | 100萬      |
|                   |                 | 自行車特定交通事故給付          | 50萬                 | 50萬      | 50萬       |
|                   |                 | 一氧化碳中毒增額給付           | 100萬                | 100萬     | 100萬      |
|                   |                 | 意外醫療保障(可同時申請)        | 傷害醫療保險金住院日額型(最高90日) | 1,000元/日 | 1,000元/日  |
| 意外醫療保障<br>(可同時申請) | 加護病房保險金(最高90日)  | 1,000元/日             | 1,000元/日            | 2,000元/日 |           |
|                   | 燒燙傷病房保險金(最高90日) | 1,000元/日             | 1,000元/日            | 2,000元/日 |           |
|                   | 意外傷害門診手術醫療慰問保險金 | 1,000元/次             | 1,000元/次            | 1,000元/次 |           |
|                   | 食物中毒慰問保險金       | 3,000元/次             | 3,000元/次            | 3,000元/次 |           |
|                   | 顏面傷害失能整型費用保險金   | 50萬                  | 50萬                 | 50萬      |           |
|                   | 躉繳保費            | 職業等級 1-3類            | □ 3,998元            | □ 7,000元 | □ 10,908元 |
| 職業等級 4類           |                 | □ 7,962元             | □ 14,078元           | X        |           |
| 職業等級 5-6類         |                 | □ 13,311元            | X                   | X        |           |

※本人同意保險公司依投保內容及其他資訊(含同業通報資訊)進行核保審查，如遇無法投保附加計畫時，僅投保上述之計畫內容。要保人簽名：\_\_\_\_\_

|               |                         |           |           |           |
|---------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>加購附加計畫</b> | <b>傷害醫療保險金給付(實支實付型)</b> | <b>3萬</b> | <b>3萬</b> | <b>5萬</b> |
| <b>合計躉繳保費</b> | 職業等級 1-3類               | □ 4,963元  | □ 7,965元  | □ 12,057元 |
|               | 職業等級 4類                 | □ 9,986元  | □ 16,102元 | X         |
|               | 職業等級 5-6類               | □ 16,763元 | X         | X         |

自動續約附加條款同意書 同意自動續約者請勾選，不同意者毋須勾選。同意者，本保險將加批「新安東京海上產物自動續約附加條款」。本人同意自動續約，並自本人提供之信用卡或帳戶中扣繳所需繳納之保險費。本人同意於本保險期間屆滿後，並經新安東京海上產險公司核保同意續保後，依自動續約附加條款之約定，逐年辦理自動續約。

●本人(要保人)已受告知並瞭解所投保商品之重要內容及投保須知等相關事宜。●本保險之其他被保險人無意外身故保險金及意外傷害失能保險金給付。●本人已知悉並明瞭「新安東京海上產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之內容及約定。●本人於填寫要保書時，已完成審閱 新安東京海上產險公司官網或其他管道，所提供本要保商品之「保單條款」。

|                    |                       |                   |
|--------------------|-----------------------|-------------------|
| <b>要保人及被保險人簽名欄</b> | 要保人簽名(親簽)：_____       | 主被保險人簽名(親簽)：_____ |
|                    | 法定代理人簽名(親簽)：_____     | 與主被保險人關係：_____    |
|                    | (要、被保險人未成年須法定代理人簽名同意) | 要保日期(投保日期)： 年 月 日 |

※保單請寄 行員 要保人(若無勾選將逕寄要保人)

|                  |               |              |                |
|------------------|---------------|--------------|----------------|
| <b>業務員簽名(親簽)</b> | <b>保經代簽署章</b> | <b>行員姓名：</b> | <b>分行名稱/代號</b> |
| <b>業務員登錄字號：</b>  |               | <b>行員代號：</b> |                |
|                  |               | <b>聯絡電話：</b> |                |

內部作業區

|                  |             |           |           |           |
|------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>複核主管/核保人員</b> | <b>初核人員</b> | <b>校對</b> | <b>輸入</b> | <b>受理</b> |
|                  |             |           |           |           |

# 繳款方式

信用卡繳費申請書 以下框處資料必填

持卡人已知悉新安東京海上產物保險(股)公司依個人資料保護法應告知予本人之事項，並充分瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的、方式及本人之相關權益。上開告知事項已公告於本公司官網，如有任何問題歡迎洽詢 0800-050-119 免費專線電話。

持卡人中文姓名： 身分證字號： 持卡人與保單關係人： 要保人、被保險人、指定受益人  
 要/被保險人之配偶、二親等內血親、法人負責人(檢附關係文件)

持卡人生日：民國  年  月  日

卡號： 有效期限：至西元20  年  月  日 (恕不接受當月到期卡)

發卡銀行： 卡別： 聯合信用卡  VISA  MASTER  JCB 持卡人電話： 簽帳日期： 年  月  日

持卡人簽名：  
(與信用卡上簽名一致)

要保人簽章：  
(需與要保書相同)

業務員確認簽核：  
(註4)

註：1. 持卡人同意以信用卡支付上開保險費金額予新安東京海上產物保險(股)公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。  
2. 本項交易若未獲收單銀行核准，則本保險費簽帳單自動失效，本公司得重新收費。  
3. 本簽帳單上所有欄位，請務必填寫完整，信用卡卡號、金額及簽名須字跡清晰，且不得塗改及描繪。  
4. 保單服務人員(含業務員)須對簽帳單填寫之內容審核無誤，包含信用卡卡號、持卡人姓名、身分證統一編號、信用卡有效期限、持卡人和要保人簽名等資訊。  
5. 年齡達六十五歲(含)以上之實際繳交新契約保險費之利害關係人，如繳交保險費之資金來源為解約、貸款或保險單借款，應確認所購買保險商品無不利於本身投保權益之情形，並瞭解保險商品特性對本身之潛在影響及各種不利因素。

## 瞭解要保人及被保險人之需求及其適當度分析評估暨招攬人員報告書

|   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
|---|---|-------------------|---------------|-------------|-----------|-----------|---|--------------------|---------------|---------------|--------|--|---|--------------------|------------------|---------------|-------------|--|--|----------------|------------------|----------|----------|--|--|
| 投保險種： <input type="text"/>  | 要保人與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 要保人： <input type="text"/> 年齡： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 65歲以上   | 被保險人： <input type="text"/> 年齡： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 65歲以上  |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍   | 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍                               |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 職(行)業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 非一般職業，代號 <input type="text"/>   | 職(行)業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 非一般職業，代號 <input type="text"/> |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 法人負責人： <input type="text"/>   | 法人負責人： <input type="text"/>   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (國名)   | 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2，並應提供合理可信之佐證依據)   | 客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註2，並應提供合理可信之佐證依據)       |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| <table border="1"><tr><td>非</td><td>001 律師(或其合夥人/受僱人)</td><td>005 融資從業人員</td><td>009 當舖業</td><td>013 基金會</td><td>017 外幣兌換所</td></tr><tr><td>股</td><td>002 會計師(或其合夥人/受僱人)</td><td>006 寺廟、教會從業人員</td><td>010 寶石及貴金屬交易商</td><td>014 協會</td><td></td></tr><tr><td>業</td><td>003 公證人(或其合夥人/受僱人)</td><td>007 外交人員、大使館、辦事處</td><td>011 藝術品/古董交易商</td><td>015 博弈產業/公司</td><td></td></tr><tr><td></td><td>004 軍火商、不動產經紀人</td><td>008 虛擬貨幣的發行者或交易商</td><td>012 拍賣公司</td><td>016 匯款公司</td><td></td></tr></table> | 非   | 001 律師(或其合夥人/受僱人) | 005 融資從業人員    | 009 當舖業     | 013 基金會   | 017 外幣兌換所 | 股 | 002 會計師(或其合夥人/受僱人) | 006 寺廟、教會從業人員 | 010 寶石及貴金屬交易商 | 014 協會 |  | 業 | 003 公證人(或其合夥人/受僱人) | 007 外交人員、大使館、辦事處 | 011 藝術品/古董交易商 | 015 博弈產業/公司 |  |  | 004 軍火商、不動產經紀人 | 008 虛擬貨幣的發行者或交易商 | 012 拍賣公司 | 016 匯款公司 |  |  |
| 非   | 001 律師(或其合夥人/受僱人)   | 005 融資從業人員        | 009 當舖業       | 013 基金會     | 017 外幣兌換所 |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 股   | 002 會計師(或其合夥人/受僱人)  | 006 寺廟、教會從業人員     | 010 寶石及貴金屬交易商 | 014 協會      |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 業   | 003 公證人(或其合夥人/受僱人)  | 007 外交人員、大使館、辦事處  | 011 藝術品/古董交易商 | 015 博弈產業/公司 |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
|   | 004 軍火商、不動產經紀人  | 008 虛擬貨幣的發行者或交易商  | 012 拍賣公司      | 016 匯款公司    |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| A. 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? <input type="checkbox"/> 是，請說明居住國家(地區)： <input type="text"/> 。 <input type="checkbox"/> 否   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| B. 要保人或被保人是否是現任(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)?<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明： <input type="text"/>  |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| C. 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? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 1. 要保人/被保險人的投保目的及需求是： <input type="checkbox"/> 家庭經濟保障 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/>   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 2. 要保人/被保險人和業務員的關係： <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 客戶 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 招攬前不認識 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/>   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 3. 招攬經過： <input type="checkbox"/> 業務員主動對其招攬 <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 他人轉介   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 4. 要保人/被保險人是否已於要保書上親自簽名： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 5. 要保人/被保險人是否親自回答要保書上的告知詢問事項： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 6. 業務員已充份瞭解要保人及被保險人投保本保險契約所須填寫之基本資料、其他主管機關規定的基本資料、及要保人被保險人是否符合投保條件： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 7. 業務員已充份瞭解要保人及被保險人與被保險人及受益人的關係： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 8. 身故受益人是否為本國國籍： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 9. 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬或指定為法定繼承人(其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明原因： <input type="text"/>   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 10. 依要保被保險人的收入、財產狀況，以及投保動機與保障需求，業務員確認已善盡最大努力，協助為其規劃適當之保障： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 11. 被保險人家中主要經濟來源者： <input type="checkbox"/> 被保險人本人 <input type="checkbox"/> 被保險人之父親 <input type="checkbox"/> 被保險人之母親 <input type="checkbox"/> 被保險人之配偶 <input type="checkbox"/> 被保險人之子女<br><input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/>   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 12. 要保人工作年收入(新台幣)： <input type="checkbox"/> 20萬以下 <input type="checkbox"/> 20萬~39萬 <input type="checkbox"/> 40萬~59萬 <input type="checkbox"/> 60萬~79萬 <input type="checkbox"/> 80萬~99萬 <input type="checkbox"/> 100萬~149萬<br><input type="checkbox"/> 150萬以上，其他收入來源： <input type="text"/> 金額 <input type="text"/> 萬  |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 13. 被保險人工作年收入(新台幣)： <input type="checkbox"/> 20萬以下 <input type="checkbox"/> 20萬~39萬 <input type="checkbox"/> 40萬~59萬 <input type="checkbox"/> 60萬~79萬 <input type="checkbox"/> 80萬~99萬 <input type="checkbox"/> 100萬~149萬<br><input type="checkbox"/> 150萬以上，其他收入來源： <input type="text"/> 金額 <input type="text"/> 萬   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 14. 要保人/被保險人家庭年收入(新台幣)： <input type="checkbox"/> 20萬以下 <input type="checkbox"/> 20萬~39萬 <input type="checkbox"/> 40萬~59萬 <input type="checkbox"/> 60萬~79萬 <input type="checkbox"/> 80萬~99萬 <input type="checkbox"/> 100萬~149萬<br><input type="checkbox"/> 150萬~199萬 <input type="checkbox"/> 200萬以上   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 15. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，勾選“是”者，請回覆下列問項<br>投保之同業名稱： <input type="text"/> ，投保人姓名： <input type="text"/> 投保金額： <input type="text"/>   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 16. 其他有利於核保之資訊(經攬人補充說明)： <input type="text"/>   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 17. 投保前三個月內是否有辦理貸款或保險單借款之情形： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 18. 繳交保險費之資金來源： <input type="checkbox"/> 工作收入或存款 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 借款 <input type="checkbox"/> 解約金   |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 19. 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 20. 招攬人員已依【評估表】評估要保人或被保險人具有辨識不利其投保權益情形之能力(要保人或被保險人65歲以上者適用)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 本人茲確認上述事項均已據實回答，如有未據實回答，本人願負擔相關法律責任。  |   |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |
| 保經代簽章： <input type="text"/>   | 業務員簽名： <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                 |                   |               |             |           |           |   |                    |               |               |        |  |   |                    |                  |               |             |  |  |                |                  |          |          |  |  |

### 【評估表】高齡客戶評估表

一、為協助瞭解65(含)歲以上客戶(要保人或被保險人)是否有辨識不利其投保權益情形之能力及投保保險商品適合性，請依與上開客戶聯繫過程(遠距或面對面)所瞭解，勾選以下問項：

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 受評估對象可明確表達投保意願。                   |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 受評估對象充分瞭解商品特性及適合度。                |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 受評估對象處理日常事務之能力無明顯低下之情況。           |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 受評估對象是否為首次投保?                     |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 受評估對象對於日常之溝通，是否有認知異常現象，需要重複說明之情形? |

### 二、辨識能力評估結果：

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 具有辨識不利投保權益之能力及保險商品適合<br>原因： <input type="checkbox"/> 理解投保內容且認知能力適足<br><input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 不具有辨識不利投保權益之能力及保險商品不適合<br>原因： <input type="checkbox"/> 無法理解投保內容或認知能力有低下情形<br><input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/> |
|--|---|

註1：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。

註2：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者：

- 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移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。
- 要保人或被保險人為法人，接受本公司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以上。



## Q: 「家庭成員」的定義為何?(限一年期)

- (一)主被保險人本人之配偶
- (二)與主被保險人本人或與主被保險人本人之配偶以非永久共同生活為目的而同居之親屬。
- (三)與主被保險人本人或與主被保險人本人配偶雖非同居一家但營共同生計之子女。

## Q: 主被保險人投保計畫C, 家庭成員可否附加計畫A?(限一年期)

附加「家庭成員」之傷害醫療保障, 需與主被保險人同一方案別, 亦不可單獨購買附加險。

## Q: 何謂個人責任保險?(限一年期)

被保險人於保險期間內, 因過失致第三人體傷、死亡或財務損害, 依中華民國法律規定應負賠償責任, 而受賠償請求時, 對被保險人負賠償之責任。

## Q: 大眾運輸工具的定義?

- (一)係指領有合法營業執照, 在以大眾運輸為目的下, 定時營運(含加班班次)於兩地間之固定路線或航線, 且對不特定之大眾開放之交通運輸工具而言, 不包括僅供公司立特定機關團體或個人專用之包車、包機或包船。
- (二)所謂包機係指: 全部機位由某(幾)個單位全部承包, 航空公司只管收大飛航該班機營運的費用, 而且不接受個別訂位。春節包機雖名為「包機」, 但若不符合新安東京海上產物保險公司對包機之定義, 仍得視為大眾運輸工具, 在新安東京海上產物保險公司空中大眾運輸事故承保範圍內。
- (三)搭乘: 係指被保險人以乘客身分, 自登上該運輸工具至完全離開該運輸工具為止之行為。

## Q: 何謂重大燒燙傷?(限一年期)

「重大燒燙傷」係指身體蒙受二度燒燙傷面積大於全身百分之二十, 或三度燒燙傷面積大於全身百分之十, 或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者, 依其體表面積比例, 依重大燒燙傷等級表(六級11項)給付保險金。

## Q: 何謂新看護費用保險金?(限一年期)

因意外傷害事故而造成「需要長期看護狀態」, 並持續該狀態達九十日時, 依照本附加條款之約定給付保險金。需要長期看護狀態係指被保險人, 因意外傷害事故, 經醫師診斷為致成下列日常生活活動所需之身體機能之永久性機能障礙者, 無法執行下列三項或三項以上之日常生活活動:

- 1.如無他人協助, 無法自行起床。
- 2.如無他人協助, 無法自行走動。
- 3.如無他人協助, 無法自行進食。
- 4.如無他人協助, 無法自行沐浴。
- 5.如無他人協助, 無法自行穿脫衣物。
- 6.如無他人協助, 無法自行如廁。

## Q: 加護病房日額或燒燙傷日額保險金如何給付?

以計畫C為例, 被保險人自住進加護病房或燒燙傷病房, 除每日可請領意外住院日額給付新臺幣2000元外, 另可申請加護病房或燒燙傷病房新臺幣2000元。

## Q: 何謂燒燙傷皮膚移植手術保險金?(限一年期)

係指身體因意外傷害事故而造成下表(燒燙傷皮膚移植手術給付等級表)所列五項燒燙傷程度之一, 經醫師診斷必須且實際接受皮膚移植手術治療時, 給付「燒燙傷皮膚移植手術保險金」, 其金額按該表所列之給付比例乘以本附加條款保險金額計算之。

| 等級  | 燒燙傷程度            | 給付比例 | 第三級 | 體表面積30%~49%以上之燒燙傷 | 50% |
|-----|------------------|------|-----|-------------------|-----|
| 第一級 | 體表面積70%以上之燒燙傷    | 100% | 第四級 | 體表面積10%~29%以上之燒燙傷 | 25% |
| 第二級 | 體表面積50.69%以上之燒燙傷 | 75%  | 第五級 | 體表面積2%~9%以上之燒燙傷   | 15% |

## Q: 何謂「意外傷害門診手術醫療慰問保險金」?(限三年期)

被保險人因意外事故經合格醫師診斷進行門診手術者, 新安東京海上產物保險公司就每一次事故門診手術, 定額給付被保險人「意外門診手術醫療慰問保險金」, 每次意外事故限給付一次。

## Q: 何謂自行車特定交通事故?(限三年期)

係指被保險人於本附加條款有效期間內, 因騎乘自行車與汽車碰撞所致之交通事故。被保險人發生前述自行車特定交通事故時, 應向警署機關通報且備案而取得相關證明。

## Q: 何謂一氧化碳中毒增額給付?(限三年期)

因遭受一氧化碳中毒發生意外傷害事故, 致其身體蒙受傷害而自意外傷害事故發生之日起一百八十日內失能或死亡, 另按保險單所載之「一氧化碳中毒增額給付保險金額」乘上主保險契約或附加保險之失能等級表所列給付保險金。

## Q: 何謂食物中毒?(限三年期)

係指二人以上攝取相同的食品而發生相似的症狀, 並且自可疑的食餘檢體及患者糞便、嘔吐物、血液等人體檢體, 分離出相同類型之疾病原因而言。但如細菌性病毒或急性化學性食品中毒而引起者, 即便只有一人, 也視為「食物中毒」。

## Q: 何謂顏面傷害失能?(限三年期)

因意外傷害事故, 致其頭部、顏面部、頸部受有損傷, 自意外傷害發生之日起一百八十日內經醫院治療後遺存顯著醜形並接受整形手術者。

「顯著醜形」: 係指下列情形之一者:

- (一)在頭部遺存自身手掌大(不包括五指)以上之癍痕者。
- (二)在顏面部遺存直徑五公分(約雞卵大)以上之癍痕或五公分以上之不規則線狀痕, 或直徑三公分以上之組織凹陷(與人相遇時可引起他人注意之程度)者。
- (三)在頸部遺存自身手掌大(不包含五指)以上之癍痕者。

## Q: 三年期保單之保額增額計算方式?特定事故如何理賠?

一、被保險人於本契約持續且有效之保險期間每屆滿一年, 身故保險金及失能保險金所給付之保險金額, 依保單所載保險金額增額10%, 即保險期間第二年之保險金額為保單所載保險金額的1.1倍, 保險期間第三年之保險金額為保單所載保險金額的1.2倍。保單三年到期屆滿後, 被保險人若經新安東京海上產物保險公司同意續保, 則續保之有效期間內, 身故保險金及失能保險金給付之保險金額, 皆為保單所載保險金額的1.2倍。被保險人續保不依原保險契約保單所載之保險金額續保或續保期有中斷者, 視為首次於新安東京海上產物保險公司投保, 保險金額須按年度重新起算增額。(詳見保單條款)

保額增額計算方式如下表:

### (一)、首次投保時

| 三年期保單增額10%範例 | 承保年度 | 第一年  | 第二年  | 第三年  |
|--------------|------|------|------|------|
| 保單頁面所載保險金額   |      | 200萬 | 200萬 | 200萬 |
| 增額後之保險金額     |      | 200萬 | 220萬 | 240萬 |

### (二)、三年到期續保時

| 三年期保單增額10%範例 | 承保年度 | 第一年  | 第二年  | 第三年  |
|--------------|------|------|------|------|
| 保單頁面所載保險金額   |      | 200萬 | 200萬 | 200萬 |
| 增額後之保險金額     |      | 240萬 | 240萬 | 240萬 |

二、特定事故理賠案例說明: 王先生投保本三年專案計畫B, 於保險期間第二年因搭乘大眾運輸工具發生車禍而不幸身故, 理賠金額之計算方式為:

一般意外身故給付200萬+保額增額20萬+大眾運輸意外身故給付800萬, 理賠金額合計共1020萬。

●本簡介僅供參考, 詳細內容請參閱保單條款之規定; 新安東京海上產險保留最終承保與否之權利。

●若有幫家庭成員投保醫療附約時, 要保人與主被保險人須同一人; 反之, 則要保人與主被保險人可非同一人。

●「家庭成員」以下列之人為限:

(一)主被保險人本人之配偶

(二)與主被保險人本人或與主被保險人本人之配偶以非永久共同生活為目的而同居之親屬。

(三)與主被保險人本人或與主被保險人本人配偶雖非同居一家但營共同生計之子女。

●家庭成員的醫療附約不能單獨投保出單, 須待主被保險人投保本專案後始得附加投保。

●職業類別: 限新安東京海上產物保險公司職業類別表第一至六類。家庭成員限與主被保險人投保同一計畫別, 如遇家庭成員屬於職業類別5-6類, 僅能於計畫A及計畫B附加投保, 或自行以主被保險人方式單獨投保本專案之計畫A或B。

●被保險人投保時必須人在國內, 一年內停留中華民國境外累計超過6個月以上者或合法居住本國達一年以上並於投保時提供居留證影本之外國人士及外籍新娘(指未取得中華民國國籍身份者), 於投保一年期或三年期專案時, 最高限投保計畫B。

●特殊不保對象: 未領有在台居留證及工作證之外籍人士、外籍勞工、外籍新娘, 不予承保。

●本保險為保險商品, 依保險法及其他相關規定, 受「保險安定基金」之保障。

●本保險為非存款商品, 不受「存款保險」之保障。

●投保年齡: 主被保險人初次投保需滿15足歲-70足歲(超過70足歲即不得投保), 並經本公司核保同意續保後, 可續保至75歲。

●本保險為非保證續保之商品。

●被保險人變更其職業或職務時, 要保人或被保險人應即時以書面通知新安東京海上產物保險公司。如被保險人日後所變更之職業為不保範圍內者, 新安東京海上產物保險公司於接到通知後得終止契約, 並按日計算退還未滿期保險費。

●本保險專案續保時, 若要保人於本契約保險期間未屆期前即繳交續保保費時, 續保件仍需經本公司核保通過後接續本契約保險期間屆滿後生效。

●本保險自新安東京海上產物保險公司收到被保險人之要保書, 並經核保通過且保費匯入指定帳戶或信用卡扣款成功後, 自被保險人要保書交付至臺灣企銀各分行受理櫃檯當日五夜十二時生效。

●其他未盡事宜悉依新安東京海上產物保險公司保單條款規定辦理, 新安東京海上產物保險公司保留承保與否及調整保險費之權利。

●本保險專案不保職業及工作性質:

遠洋漁船船員、近海漁船船員、礦工、潛水工作人員、採石爆破工作人員、小汽艇之駕駛及工作人員、爆破工作人員、硫酸(鹽酸、硝酸)製造工、火藥爆竹製造及處理人員、戰地記者、特技演員、動物園訓獸師、高空機械修理、核廢料處理人員、核子化學工程工作人員、核工程環保人員、電力高壓電工程設施人員、鎮暴警察(保一、四、五總隊)、水上警察、空中警察、警務特勤小組(迅雷小組、霹靂小組、維安小組、首長貼身安全人員)、特種兵(傘兵、水中爆破兵、化學兵、負有佈雷爆破任務之工兵)、空中及海上服勤之官兵、軍事單位武器彈藥研究及管理人員、兵工廠人員(武器製造)、兩棲部隊、特種部隊、潛水教練及潛水人員、滑雪教練及潛水人員、滑雪教練及滑雪人員、馬術教練及馬術人員、特技表演教練及特技表演人員、雪車教練及雪車人員、滑翔機具教練及駕駛人員、汽車機車賽車教練及賽車人員、跳傘教練及跳傘人員。

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。

# 投保作業流程

要保人 / 被保險人填妥要保書並親自簽名

至臺灣企銀各分行受理

業務員將要保書傳真通報到 02-8772-3159  
正本要保書轉送保代簽署

新安東京海上產險經核保同意且確認收費後於十個工作天內寄發保單及收據

## 投保須知

### 新安東京海上產險人身保險商品重要內容說明

茲依「金融消費者保護法」及「金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及揭露風險辦法」之規定，新安東京海上產物保險(以下稱本公司)敬告要(被)保險人(以下稱客戶)於投保前須特別注意下列事項：

- 一、投保時，業務員應主動出示登錄證、告知其授權範圍及逐項說明本投保須知內容予要保人知悉；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。
- 二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。
- 三、本投保須知適用於：貴客戶與本公司所訂立之個人責任保險附加個人傷害保險、個人傷害保險、旅行平安保險、個人旅行綜合保險、團體傷害保險、健康保險等。
- 四、貴客戶對於保險契約之權利行使、變更、解除及終止之方式：
  - (一)權利行使：被保險標的發生保險契約承保範圍內之賠償責任或毀損滅失時，要保人、被保險人或受益人應立即以電話或書面通知本公司，並於五日內填妥出險通知書送交本公司(如條款另有規定，另依條款之規定辦理)。
  - (二)契約變更：貴客戶得隨時以書面通知本公司變更批改保險契約，相關內容請參考保單條款。
  - (三)契約之解除及終止：貴客戶得隨時以書面通知本公司終止保險契約，相關內容請參考保單條款。
  - (四)前述契約之變更、解除及終止，若保險契約內容包含被保險人身故給付時，另需經被保險人書面同意，始得辦理；若被保險人身故，則需經被保險人之法定繼承人書面同意，始得辦理。
- 五、本公司對於保險契約之權利、義務及責任：
  - (一)本公司依保險契約條款規定，並依據經主管機關核定之各項保險費率向貴客戶收取相當之保險費，於所承保之保險事故發生時，依約定並經理算程序後，向被保險人或受益人負給付保險金之責任。
  - (二)各商品保險契約所約定的除外責任(原因)，本公司不負給付保險金的責任，請貴客戶務必詳閱保單條款之相關規定。
- 六、客戶應負擔之費用及違約金(包括收取時點、計算及收取方式)：貴客戶除繳交保費外，無需繳交其他任何費用及違約金。
- 七、本公司保險商品悉依保險法令相關規定辦理，並依法受有保險安定基金之保障。
- 八、因本公司保險商品或服務發生紛爭之處理及申訴管道：請向本公司客戶服務中心提出(免費服務電話：0800-050-119按3)；或本公司網站客服信箱：<https://www.tmnwa.com.tw> → 進入「客戶服務」→ 進入「聯絡我們」，即可留下說明內容。

- 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。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(或預定附加費用率)最高41.98%，最低38.5%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話：0800-050-119)或網站(網址：<https://www.tmnwa.com.tw>)，以保障您的權益。
- 本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其傷害必須入住院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院，保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。
- 本保險商品之特性經依保險商品銷售前程序作業準則第六條第七款規定評估，對六十五歲(含)以上之客戶，不具潛在影響及各種不利其投保權益之情形。
- 本商品附加「新安東京海上產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」，其死亡保險金或失能保險金，給付額度最高以新臺幣二百萬元為限。

2023.09.01

## 個人資料保護法告知義務內容

### 新安東京海上產險履行個人資料保護法告知義務內容

本公司依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、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，應告知下列事項，敬請 台端詳閱及知悉：

- 一、蒐集目的：
    - (一)財產保險(〇九三)
    - (二)人身保險(〇〇一)
    - (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：

包括但不限於姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育職業、財務情況、病歷、醫療、健康檢查、其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容。
  - 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、利用之期間、地區、對象及方式：
    - (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)公司及本公司海外分支機構、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處理中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險署、臺灣網路認證股份有限公司、業務委外機構、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司(透過保險代理人公司或保險經紀人公司投保者)、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。
- 【註】上開告知事項已公告於本公司官網(<https://www.tmnwa.com.tw>)，如有任何問題，請洽詢0800-050-119免付費客服專線

2023.11.15V.1.1