

新安東京海上產物微型團體傷害保險要保書

核准文號：

104 年 08 月 04 日新安東京海上 104 商字第 0217 號函送保險商品資料庫

105 年 03 月 04 日新安東京海上 105 商字第 0031 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

107 年 09 月 14 日依金融監督管理委員會 107 年 8 月 3 日金管保壽字第 10704544574 號函修正

- 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。
- 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。
- 客服及免費申訴專線：0800-050-119；查詢本公司資訊公開說明文件網址：<https://www.tmnewa.com.tw>

保險單號碼	字第	號 (本單係	字第	號續保)	保單份數	正本： 副本：		
要保單位					統一編號			
營業性質				電話	傳真			
通訊住所					國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名)			
被保險人	等共			人，詳被保險人名冊	與要保人關係			
保險期間	個月，自		年	月	日午夜 12 時起 至	年		
					月	日午夜 12 時止		
保險項目			保險金額(NT\$)		總保險費(NT\$)			
意外身故 / 失能保險金			(保額×人數)					
實支實付傷害醫療保險金			(保額×人數)					
注意	<ul style="list-style-type: none"> ● 失能保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理另行指定或變更。 ● 投保時未滿 15 足歲者，本保險給付項目不含身故保險金。 ● 被保險人累計投保微型團體傷害保險之保險金額(不限本公司)不得超過新臺幣五十萬元。 ● 被保險人累計投保微型團體傷害保險實支實付傷害醫療保險金之保險金額(不限本公司)不得超過新臺幣三萬元。 ● 被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時(除保險契約已使用脫退率計價者外)，本公司將依各該契約條款之約定退還未到期保險費予要保人。 ● 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。 							
<ul style="list-style-type: none"> ● 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(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。 								
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(被保險人、要保人)同意(新安東京海上產物保險公司)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。								
此致								
新安東京海上產物保險股份有限公司								
要保單位/負責人簽章：								
要保日期： 年 月 日								
以下欄位由保險公司及經攬單位填寫								
複核	核保	校對	輸入	管理人姓名 /員工編號	經辦代號	業務員簽名 (親簽)	業務員 登錄字號	保經代簽署章

序號	被保險人姓名	身份證字號	出生年月日	工作內容	身分別 (註)	職業 等級	死亡及失能 保額 (萬元)	保險費	國籍	被保險人目前是否受 有監護宣告？	是否已投保其他 微型傷害保險	被保險人或 法定代理人 簽名欄(親簽)
1	<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"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____萬 <input type="checkbox"/> 否	
身故 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填聯絡地址與電話)·姓名: _____ 身分證字號: _____ 出生日期: _____ 國籍: <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____(國名) 與被保險人的關係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他: _____ (分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位) 聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____											
2	<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"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____萬 <input type="checkbox"/> 否	
身故 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填聯絡地址與電話)·姓名: _____ 身分證字號: _____ 出生日期: _____ 國籍: <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____(國名) 與被保險人的關係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他: _____ (分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位) 聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____											
3	<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"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____萬 <input type="checkbox"/> 否	
身故 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填聯絡地址與電話)·姓名: _____ 身分證字號: _____ 出生日期: _____ 國籍: <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____(國名) 與被保險人的關係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他: _____ (分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位) 聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____											
4	<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"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____萬 <input type="checkbox"/> 否	
身故 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填聯絡地址與電話)·姓名: _____ 身分證字號: _____ 出生日期: _____ 國籍: <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____(國名) 與被保險人的關係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他: _____ (分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位) 聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____											
5	<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"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____萬 <input type="checkbox"/> 否	
身故 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填聯絡地址與電話)·姓名: _____ 身分證字號: _____ 出生日期: _____ 國籍: <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____(國名) 與被保險人的關係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他: _____ (分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位) 聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____											

《重要說明》

1. 上開被保險人之聯絡電話、地址同要保單位。
2. 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。
3. 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。
4. 身分別請依下列編號填寫：

- A 無配偶且全年綜合所得在新臺幣三十五萬元以下者。
- B 屬於夫妻二人之全年綜合所得在新臺幣七十萬元以下家庭之家庭成員。
- C 具有原住民身分法規定之原住民身分，或具有合法立案之原住民相關人民團體或機構成員身分或為各該團體或機構服務對象。
- D 具有合法立案之漁民相關人民團體或機構成員身分，或持有漁船船員手冊之本國籍漁業從業人或取得我國永久居留證之外國籍漁業從業人。
- E 依農民健康保險條例投保農民健康保險之被保險人。
- F 為合法立案之社會福利慈善團體或機構之服務對象。
- G 屬於內政部工作所得補助方案實施對象家庭之家庭成員。
- H 屬於特殊境遇家庭扶助條例所定特殊境遇家庭或符合社會救助法規定低收入戶或中低收入戶之家庭成員。
- I 符合身心障礙者權益保障法定義之身心障礙者，或具有合法立案之身心障礙者相關人民團體或機構成員身分或為各該團體或機構服務對象。
- Z 其他經主管機關認可之經濟弱勢者或特定身分者。

要保單位/負責人簽章：