

## 新安東京海上產物個人傷害保險要保書

- 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>

### 一、基本資料

		保單號碼：													
要保人	姓名：	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	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"/>	(通訊地址) 縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓													
	聯絡電話：住家： 公司： 手機：	國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名)				與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他									
被保人	姓名：	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	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"/>	(通訊地址) 縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓													
	聯絡電話： <input type="checkbox"/> 同要保人 / 住家： 公司：	國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名)				被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否				被保險人是否領有身心障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請提供)					
身故受益人	<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),若受益人為二人以上時,請填寫身故保險給付方式(如未填寫,推定為均分)														
	(1)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	關係：	比例：									
	聯絡地址：	聯絡電話：													
(2)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	關係：	比例：										
聯絡地址：	聯絡電話：														
(3)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	關係：	比例：										
聯絡地址：	聯絡電話：														
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															
保險期間：自民國 年 月 日午夜 12 時起一年止															
被保人投保經歷	是否同時或已投保其他保險公司之實支實付型醫療保險商品? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(勾選是者,請說明:保險公司名稱:_____,同業投保金額:_____(附加選擇型傷害醫療給付附加條款之被保險人,若勾選“是”者,無收據正本,則僅限選擇定額型給付;勾選“否”者,若選擇實支實付型給付,須提供收據正本。被保險人有投保本公司或已通知有投保其他家保險公司實支實付醫療保險,而本公司未拒絕承保者,對同一保險事故已獲其他保險契約給付部份仍應負給付責任)。														
保單寄送方式	電子保單與實體保單二擇一 <input type="checkbox"/> 使用電子保單並寄送以下電子郵件帳號(e-mail)。若無勾選則印製實體保單寄送。 本人同意: @ (建議為要保人帳號) 1.由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」,並寄送至指定電子郵件地址。新安東京海上產物保險股份有限公司不另寄發實體保單。2.新安東京海上產物保險股份有限公司核發「電子保單」之同時,由台灣網路認證股份有限公司進行電子簽章認證。3.新安東京海上產物保險股份有限公司依中華民國「個人資料保護法」之規定使用本人之資料。 立同意書人(要保人)簽章: _____														

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。

### 二、告知事項

被保險人之職業	服務機構名稱	職位(職稱)	職業分類代碼(由保險公司填寫)
	工作內容(性質)	是否兼業 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,工作性質:	
(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140mm舒張壓90mm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、巴金森氏症。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,且一目視力經矯正後,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、吞嚥或言語機能障害。7.四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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)將本要保書上之本人資料轉送產、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。
- (四) 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。

### 四、承保內容 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

保障項目	保險金額(新台幣元)		
	□ 計畫 A	□ 計畫 B	□ 計畫 C
保滿意個人傷害保險(意外傷害身故及失能給付)	100 萬	200 萬	300 萬
海外突發疾病住院醫療保險金給付	3 萬	5 萬	5 萬
傷害醫療保險金-日額給付 (最高 90 日)	1,000 元	1,000 元	2,000 元
<b>年繳保費 (職業類別 1~3 類)</b>	<b>2,008 元</b>	<b>3,127 元</b>	<b>4,210 元</b>

自動續保附加同意書 本人(要保人或被保險人)同意加保新安東京海上產物自動續保(甲型、乙型)附加條款，依該附加條款之約定，於保險期間屆滿後，並經新安東京海上產險公司核保同意續保後，本要保書所列之要保人投保項目得自動續保繼續有效。  
(甲型：未滿 15 足歲適用；乙型：滿 15 足歲適用) 同意 不同意

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。

要保人及被保險人簽名欄  
要保人簽名(親簽)：\_\_\_\_\_ 被保險人簽名(親簽)：\_\_\_\_\_

法定代理人簽名(親簽)：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

(要、被保險人未滿 20 足歲須法定代理人簽名同意) 要保日期(投保日期)：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 保險公司內部作業欄

### 業務招攬作業欄

營業部或通訊處名稱	管理人姓名	業務員簽名(親簽)	保經代簽署章
經辦代號	員工編號	業務員登錄字號	
核保備註欄	複核主管/核保人員	初核人員	校對 輸入 受理

第二頁 / 共二頁-----以下不屬於要保書範圍

### 信用卡繳費申請書

本人(持卡人)已知悉新安東京海上產物保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)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新安東京海上產物保險股份有限公司官網(<https://www.tnnewa.com.tw>)，如有任何問題歡迎洽詢0800-050-119免付費專線電話。

持卡人中文姓名：\_\_\_\_\_ (請以正楷書寫) 持卡人身份證號：\_\_\_\_\_

發卡銀行：\_\_\_\_\_ 信用卡種類：聯合信用卡 VISA CARD  
MASTER CARD JCB CARD  
AE CARD

信用卡卡號：\_\_\_\_\_ 信用卡效期：至西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

信用卡授權人簽名：\_\_\_\_\_ (與信用卡上簽名一致) 持卡人電話：(H) \_\_\_\_\_  
(O) \_\_\_\_\_

持卡人與被保險人關係：本人 配偶 直系親屬 其他\_\_\_\_\_

持卡人地址：\_\_\_\_\_ 簽帳日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

- 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。  
4. 信用卡卡號、金額及簽名須字跡清晰，且不得塗改及描繪。

### 金融機構繳費

郵局劃撥 帳號：19305558 戶名：新安東京海上產物保險股份有限公司  
ATM國泰世華銀行建國分行 帳號：223-03-0003631

# 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

投保險種：_____		要保人與被保險人關係：_____ <input type="checkbox"/> 本人	
要保人：_____		被保險人：_____	
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_____		職(行業)： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 非一般職業，代號_____	
法人負責人：_____		法人負責人：_____	
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)	
法人存在證明檢視： <input type="checkbox"/> 經濟部商業司工商登記查詢 <input type="checkbox"/> 親視營利事業登記證 <input type="checkbox"/> 其他證明_____			
法人發行無記名股票狀態： <input type="checkbox"/> 無發行 <input type="checkbox"/> 已發行			
非 一 般 職 業	001 律師(或其合夥人/受僱人)	006 寺廟、教會從業人員	011 藝術品/骨董交易商
	002 會計師(或其合夥人/受僱人)	007 外交人員、大使館、辦事處	012 拍賣公司
	003 公證人(或其合夥人/受僱人)	008 虛擬貨幣的發行者或交易商	013 基金會
	004 軍火商、不動產經紀人	009 當舖業	014 協會
	005 融資從業人員	010 寶石及貴金屬交易商	015 博弈產業/公司
	016 匯款公司	017 外幣兌換所	
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"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明居住國家(地區):_____。			
要保人或保人是否是現任命(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)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明:_____。			
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：_____			
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_____			
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險人與被保險人及被保險人與受益人的關係:..... <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:_____。			
10. 依要被保險人的收入、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 <input type="checkbox"/> 其他:_____。			
12. 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 <input type="checkbox"/> 150萬以上，其他收入來源：_____金額_____萬			
13. 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 <input type="checkbox"/> 150萬~199萬 <input type="checkbox"/> 200萬以上			
14. 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 投保之同業名稱：_____，投保人姓名：_____ 投保金額_____			
15. 其他有利於核保之資訊(經攬人補充說明)：			
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。			
業務員簽名：_____		_____年_____月_____日 保經代簽署章：_____	