

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.tmnw.com.tw>

內部作業使用欄位

一、基本資料

保單號碼：

要保人	姓名： ☐ 男 ☐ 女	出生日期：民國 年 月 日	身分證字號(統一證號)										
	住 所：□□□-□□□ (通訊地址) 縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓												
	聯絡電話：手機： 住家： 公司：										國籍： ☐ 本國籍 ☐ 外國籍 (國名)		
	保單寄送方式： ☐ 紙本 ☐ 電子保單(務必填寫 E-mail)；若無勾選則印製紙本保單寄送 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」，並寄送至指定電子郵件帳號(E-Mail)，且不另寄發紙本保單。 E-Mail： (僅限要/被保人帳號 E-Mail)												
被保險人	被保險人與要保人關係： ☐ 本人(以下粗框處資料免填) ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他												
	姓名： ☐ 男 ☐ 女	出生日期：民國 年 月 日	身分證字號(統一證號)										
	住 所：□ 同要保人 / □□□-□□□ (通訊地址) 縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓												
	☐ 同要保人 聯絡電話：手機： 住家： 公司：										國籍： ☐ 本國籍 ☐ 外國籍 (國名)		
	服務機構名稱	職位(職稱)		職業類別				第 類					
	工作內容(性質)	是否兼業 ☐ 否 ☐ 是		工作性質：				(由保險公司填寫) 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？ ※被保險人目前是否受有監護宣告？ ※被保險人是否領有身心障礙手冊或證明？										☐ 是 ☐ 否 ☐ 是(請提供) ☐ 否 ☐ 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。 ※以未滿15足歲之未成年人為被保險人時，保險受益人依條款約定為被保險人本人，本公司不受理另行指定。												
	☐ 法定繼承人 ☐ 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			
					☐ 本國籍 ☐ 外國籍 (國名)			%		地址： ☐ 同要保人住所 / ☐ 同被保人住所			
					☐ 本國籍 ☐ 外國籍 (國名)	☐		%		地址： ☐ 同要保人住所 / ☐ 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													
保險期間：自民國 年 月 日午夜 12 時起一年止													

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 140mm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、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。	☐ 是 ☐ 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。	☐ 是 ☐ 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)將本要保書上所載本人資料轉送產、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。
- (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(新臺幣元)
		年繳保費 _____
☐ 自動續約附加同意書	同意自動續約者，請勾選，未勾選者，則視為不同意。同意者，本保險將批加『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物保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。		
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、被保險人未成年者須由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

單位名稱	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		
複核主管/核保人員	初核人員	校對	輸入	受理