新安東京海上產險

112.11版

業界最高 三千萬 高保額意外保障
高額住院日額 及 骨折未住院給付
實支實付傷害醫療保險金
最高NT$ 5萬元

加倍安心2

職業類別：限職業類別1~2類投保。

投保年齡：初次投保需滿35足歲~55足歲(超過55足歲即不得投保)，並經本公司核保同意續保後，可續保至65歲。

注意事項：初次投保時須請被保險人提供「財務資料問卷表」。

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（預定附加費用率）最高25%；最低25%；如要詳細了解其他相關資訊，請治本公司業務員、服務據點（免付費電話：0800-050-119）或網站（網址：https://www.tmnewa.com.tw）以保障您的權益，總公司：台北市南京東路三段130號8～13樓。

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醫院，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，不具潛在影響六十五歲(含)以上肢客戶辨識不利其投保權益之情形。

商品名稱	商品核准字號
新安東京海上產物個人傷害保險	92.04.09 (92)安字第032號函核備 110年05月03日新安東京海上110商字第0103號函備查
新安東京海上產物個人傷害保險傷害醫療保險給付附加條款	92.04.09 (92)安字第032號函核備 100年03月01日新安東京海上100字第009202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恐怖主義行為保險限額給付附加條款	92.12.29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
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

※本簡介僅供參考，詳細內容以保單條款為準

【本保險為非保證續保之保險商品，本公司保留承保與否之權利。】

新安東京海上產險

新安東京海上產物傷害保險要保書

總公司：台北市南京東路三段130號8～13樓　電話：(02)8772-7777

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

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：_____ □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(由保險公司填寫)	第　類
工作內容(性質)		是否兼業	□否 □是，工作性質：_____		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。

□ 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
				□ 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 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、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〇．三以下。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、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 (幣別/單位：新臺幣/元)

保障項目		計畫A
個人傷害保險身故及失能給付		3,000萬
傷害醫療保險金給付日額型(最高90日)(含骨折未住院給付)		5,000元
傷害醫療保險金給付實支實付型		5萬
年繳保費	職業類別第 1 類	☐ 27,670
	職業類別第 2 類	☐ 34,566
☐ 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」。

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)：	與被保險人關係：
	(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

保險公司內部作業欄　　業務招攬作業欄

單位名稱	管理人簽名	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	核對	輸入	受理

以下不屬於要保書範圍

☐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免付費專線電話。

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 (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。

新安東京海上產物保險公司財務資料問卷

一、基本資料　　100 06 15 金管保理字第 10002557912 號函洽悉 並依 100 08 12 核保小組決議加上警語

1.要保人　A.姓名 _____ B.公司名稱 _____ C.工作內容/ 職位 _____

D.現職年資　☐1年以下　☐1~3 年　☐3~5 年　☐5~10 年　☐10年以上

E.行業別　☐政府機構/ 公營事業 ☐學術/ 教育/ 醫療機構 ☐金融保險業

☐高階專業服務 ☐一般專業技術服務 ☐勞力服務業 ☐非勞力服務業

☐傳統製造業　☐電子科技業　☐其他 _____

2.被保險人　☐同上

A.姓名 _____ B.公司名稱 _____ C.工作內容/ 職稱 _____

D.現職年資　☐1 年以下　☐1~3 年　☐3~5 年　☐5~10 年　☐10 年以上

二、企業投資(自營企業、合夥人、大股東)

1. 公司名稱：_____營業性質：_____資本額：_____萬元。成立時間：　年　月。

2. 持股比率：_____%，股份持有人：☐要保人　☐被保險人 ☐其他_____(關係：_____)

3.最近三年平均營業收入：_____萬，稅前淨利：_____萬。統一編號：_____

三、要/ 被保險人之財務狀況

1.投保目的：☐增加保障 ☐風險移轉 ☐子女教育經費 ☐房屋貸款 ☐其他 _____

2.被保險人是否已投保或正在申請產險保單　☐否 ☐是（如是，請勾選下列選項）

保險公司	險種類型	保險公司	險種類型
	☐車險 ☐火險 ☐傷害險		☐車險 ☐火險 ☐傷害險
	☐車險 ☐火險 ☐傷害險		☐車險 ☐火險 ☐傷害險

3.被保險人是否已擁有信用卡　☐否　☐是（如是，請勾選下列選項）

發卡銀行	信用卡等級	發卡銀行	信用卡等級
	☐普☐金☐白金☐鑽石☐無限☐其他		☐普☐金☐白金☐鑽石☐無限☐其他
	☐普☐金☐白金☐鑽石☐無限☐其他		☐普☐金☐白金☐鑽石☐無限☐其他

4.住居住所 _____年。☐本人所有　☐配偶所有　☐租賃　☐親屬所有　☐其他 _____

5.要保人/ 被保險人/ 家庭主要經濟者年收入：

☐25 萬以下　☐　26~50 萬　☐　51~ 75 萬　☐　76~100 萬　☐101~125 萬　☐126~150 萬

☐151~175 萬　☐176~200 萬　☐201~225 萬　☐226~250 萬　☐251~275 萬　☐276~300 萬

☐301~325 萬　☐326~350 萬　☐351~375 萬　☐376~400 萬　☐401 萬以上(_____萬)

收入來源：☐薪資收入(____萬) ☐房租收入(____萬) ☐利息收入(____萬) ☐其他____ (____萬)

6.被保險人個人淨資產：

A. 資產總額：☐0~100 萬 ☐101~500 萬　☐501 萬~1000 萬　☐1001 萬~1500 萬　☐1501 萬以上

主要資產：☐土地房屋(____萬) ☐股票基金(____萬) ☐定存現金(____萬) ☐其他(____萬)

B. 負債總額：☐0~100 萬　☐101~500 萬 ☐501 萬~1000 萬 ☐1001 萬~1500 萬 ☐1501 萬以上

主要負債：☐房屋貸款(____萬) ☐信用貸款(____萬) ☐創業貸款(____萬) ☐其他(____萬)

7.所扶(贍)養之人數　☐1 人　☐2 人　☐3 人　☐4 人~

四、要/ 被保險人聲明

本人(要保人、被保險人)同意　貴公司得因核保需要，查詢本人在聯合徵信中心之相關授信紀錄。

備註：1.本公司依「個人資料保護法」之相關規定，對上述之個人資料，不得透露予不相關之第三人。

2. 本公司不得以上述個人資料主張保險法第64條之規定。

要　保　人 _____ **簽名**　　**被保險人** _____ **簽名**

法定代理人 _____ **關係** _____ **業　務　員** _____ **簽名**

填寫日期 _____ **年** _____ **月** _____ **日**

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：＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐本人

要保人	被保險人
要保人：＿＿＿＿　年齡：☐是☐否 65歲以上	被保險人：＿＿＿＿　年齡：☐是☐否 65歲以上
國　　籍：☐本國籍 ☐外國籍＿＿＿＿	國　　籍：☐本國籍 ☐外國籍＿＿＿＿
職(行)業：☐一般職業 ☐非一般職業，代號＿＿＿＿	職(行)業：☐一般職業 ☐非一般職業，代號＿＿＿＿
法人負責人：＿＿＿＿	法人負責人：＿＿＿＿
法人註冊地：☐本國☐外國＿＿＿＿(國名)	法人註冊地：☐本國☐外國＿＿＿＿(國名)
客戶屬性：☐非專業客戶☐專業客戶(詳註2，並應提供合理可信之佐證依據)	客戶屬性：☐非專業客戶☐專業客戶(詳註2，並應提供合理可信之佐證依據)

非一般職業					
	001律師(或其合夥人/受僱人)	005融資從業人員	009當鋪業	013基金會	017外幣兌換所
	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	
	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/骨董交易商	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? ☐是，請說明居住國家(地區):＿＿＿＿。☐否

B.要保人或被保人是否是現任命(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)?
☐否☐是，請說明：＿＿＿＿。

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? ……☐是 ☐否

1. 要保人/被保險人的投保目的及需求是：☐家庭經濟保障 ☐其他：＿＿＿＿
2. 要保人/被保險人和業務員的關係：☐親戚☐客戶☐朋友☐招攬前不認識☐其他＿＿＿＿
3. 招攬經過：☐業務員主動對其招攬☐主動投保☐他人轉介
4. 要保人/被保險人是否已於要保書上親自簽名：……☐是 ☐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：……☐是 ☐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：……☐是 ☐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：……☐是 ☐否
8. 身故受益人是否為本國國籍：……☐是 ☐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)：……
☐是☐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：……☐是 ☐否
11. 被保險人家中主要經濟來源者：☐被保險人本人☐被保險人之父親☐被保險人之母親☐被保險人之配偶☐被保險人之子女
☐其他:＿＿＿＿。
12. 要保險人工作年收入(新台幣)：☐20萬以下☐20萬~39萬☐40萬~59萬☐60萬~79萬☐80萬~99萬☐100萬~149萬
☐150萬以上，其他收入來源：＿＿＿＿金額＿＿＿＿萬
13. 被保險人工作年收入(新台幣)：☐20萬以下☐20萬~39萬☐40萬~59萬☐60萬~79萬☐80萬~99萬☐100萬~149萬
☐150萬以上，其他收入來源：＿＿＿＿金額＿＿＿＿萬
14. 要保人/被保險人家庭年收入(新台幣)：☐20萬以下☐20萬~39萬☐40萬~59萬☐60萬~79萬☐80萬~99萬☐100萬~149萬
☐150萬~199萬☐200萬以上
15. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險：☐是☐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＿＿＿＿
16. 其他有利於核保之資訊(經攬人補充說明)：＿＿＿＿
17. 投保前三個月內是否有辦理貸款或保險單借款之情形……☐是 ☐否
18. 繳交保險費之資金來源☐工作收入或存款☐貸款☐借款☐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)……☐是 ☐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）……☐是 ☐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。

保經代簽署章：＿＿＿＿　**業務員簽名：**＿＿＿＿　＿＿年＿＿月＿＿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：

☐ 是 ☐ 否	受評估對象可明確表達投保意願。
☐ 是 ☐ 否	受評估對象充分瞭解商品特性及適合度。
☐ 是 ☐ 否	受評估對象處理日常事務之能力無明顯低下之情況。
☐ 是 ☐ 否	受評估對象是否為首次投保？
☐ 是 ☐ 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：

☐具有辨識不利投保權益之能力且保險商品適合 原因：☐理解投保內容且認知能力適足 ☐其他：	☐不具有辨識不利投保權益之能力或保險商品不適合 原因：☐無法理解投保內容或認知能力有低下情形 ☐其他：

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：(1)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。(2)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元以上。

111.11.14 版

生存調查記錄單

要保人： 姓名/ID：	☐確認要保人是否有投保
電話：	☐確認要保人身份 (請隨機選擇 3 項資料核對身分) 姓名 / 出生年月日 / 地址 / 工作內容 / 與被保險人關係
被保險人： 姓名/ID：	☐確認被保險人是否有同意投保
電話：	☐確認被保人身份 (請隨機選擇 3 項資料核對身分) 姓名 / 出生年月日 / 地址 / 工作內容 / 與要保人關係
通路：	☐要保人 /被保險人是否已於要保書上親自簽名：☐是 ☐否
管理人：	☐確認要/被保人知悉所交保費為購買保險
生調時間：　年　月　日　時　分	☐確認受益人與被保險人關係
生調人員：	☐其他詢問事項 ＿＿＿＿

註：依據本公司核保準則-高保額財務核保及相關規定，須請招攬業務員之主管進行電話訪問或實地查訪被保險人，並填具『生存調查記錄單』，連同相關要保資料一併交付本公司核保人員審核。

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、台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.tmnewa.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

新安東京海上產物人身保險商品重要內容說明(投保須知)

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.tmnewa.com.tw →進入「客戶服務」→進入「聯絡我們」，即可留下說明內容。

2023.09.01