

全心防癌

癌症健康保險

保障內容

保障內容(給付項目)		保險金額(新臺幣元)		
		計畫一	計畫二	計畫三
全心防癌 癌症健康 保險	初次罹患癌症身故保險金(確診日起二年內)	60萬	100萬	100萬
	初次罹患癌症保險金(給付後,契約效力即行終止)	30萬	50萬	100萬
	特定器官原位癌保險金(每器官限領1次)	3萬	5萬	10萬
初次罹患癌症 治療保險給 付附加條款	初次罹患癌症標靶治療費用保險金 (達癌症【重度】)註1	10萬	20萬	30萬
癌症住院 醫療保險給 付附加保險	癌症住院醫療保險金(單次住院最高60日)	1,500/日	1,500/日	1,500/日
	癌症出院後療養保險金(單次住院最高60日)	1,500/日	1,500/日	1,500/日
	癌症住院營養品補助金(連續住院達3日,以3次為限)	3,000/次	3,000/次	5,000/次
	癌症長期住院醫療保險金(連續住院達31日起算最高30日)	1,500/日	1,500/日	1,500/日
	癌症住院特別慰問保險金(單次住院日數連續達91日以上)	10萬/次	10萬/次	10萬/次
癌症治療 保險給付 附加保險	癌症放射線治療保險金(最高60日)	2,000/日	3,000/日	5,000/日
	癌症化學治療保險金(最高60日)	1,000/日	1,000/日	1,000/日
	癌症住院外科手術保險金(以3次為限)	1萬/次	1萬/次	1萬/次
	癌症骨髓移植醫療保險金(以1次為限)	3萬/次	5萬/次	10萬/次

計畫保費

幣別/單位: 新臺幣/元

首續年	計畫一				計畫二				計畫三			
	首年度		續年度		首年度		續年度		首年度		續年度	
	年齡	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
0-4歲	-	-	-	-	508	384	673	512	746	599	990	799
5-19歲	-	-	-	-	373	289	500	387	543	449	727	599
20-29歲	491	559	653	744	771	882	1,025	1,175	1,150	1,394	1,531	1,856
30-34歲	1,064	1,416	1,418	1,886	1,684	2,228	2,246	2,968	2,527	3,533	3,371	4,711
35-39歲	2,023	2,450	2,698	3,267	3,193	3,853	4,259	5,137	4,782	6,093	6,377	8,125
40-44歲	3,814	4,047	5,089	5,396	6,013	6,365	8,018	8,485	-	-	12,001	13,401
45-49歲	6,184	6,027	8,247	8,040	9,719	9,478	12,961	12,639	-	-	19,368	19,950
50-54歲	9,403	7,360	12,535	9,814	-	-	19,703	15,433	-	-	29,459	24,353
55-59歲	12,844	8,697	17,126	11,598	-	-	26,887	18,240	-	-	40,179	28,769
60歲	17,509	10,505	23,347	14,007	-	-	36,690	22,047	-	-	54,863	34,792
61-64歲	-	-	23,347	14,007	-	-	36,690	22,047	-	-	54,863	34,792
65-69歲	-	-	31,577	16,798	-	-	49,675	26,454	-	-	74,315	41,757
70-74歲	-	-	40,880	20,003	-	-	64,520	31,581	-	-	96,678	49,904
75歲	-	-	49,700	23,878	-	-	78,693	37,805	-	-	118,093	59,820

本人(即要保人)聲明本次投保已詳閱上述費率說明,並經招攬業務人員充分說明上述保險權益,明確知悉所保商品保有費率調整機制。

要保人簽名(親簽): _____ 業務員簽名(親簽): _____

法定代理人簽名(親簽): _____

商品名稱	商品文號
新安東京海上產物全防癌癌症健康保險	109年12月01日新安東京海上109商字第0262號函備查
新安東京海上產物癌症住院醫療保險給付附加保險	109年12月01日新安東京海上109商字第0263號函備查
新安東京海上產物初次罹患癌症標靶治療費用保險給付附加條款	109年12月01日新安東京海上109商字第0264號函備查
新安東京海上產物癌症治療保險給付附加保險	109年12月01日新安東京海上109商字第0265號函備查
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

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43%,最低43%;如要詳細了解其他相關資訊,請洽本公司業務員、服務據點(免付費申訴專線及客服電話:0800-050-119)或網站(網址:https://www.tmnw.com.tw),以保障您的權益,總公司:台北市南京東路三段130號8樓。本保險所稱之「住院」,係指被保險人經醫師診斷其疾病必須入住醫院,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)以上之客戶辨識不利其投保權益之情形。

註1:「癌症」程度分類:
 (一)癌症(初期):A.原位癌或零期癌。B.第一期惡性類癌。C.第二期(含)以下且非惡性黑色素瘤之皮膚癌(包括皮膚附屬器癌及皮膚纖維肉瘤)。
 (二)癌症(輕度):A.慢性淋巴性白血病第一期及第二期(按Rai氏的分期系統)。B.10公分(含)以下之第一期何杰金氏病。C.第一期前列腺癌。D.第一期膀胱乳頭狀癌。E.甲狀腺微乳頭狀癌(微乳頭狀癌是指在甲狀腺內1公分(含)以下之乳頭狀癌)。F.邊緣性卵巢癌。G.第一期黑色素瘤。H.第一期乳癌。I.第一期子宮頸癌。J.第一期大腸直腸癌。
 (三)癌症(重度):癌症(初期)和癌症(輕度)以外之癌症。

專案特色 多重癌症防護

第一重防護:

初次罹患癌症保險金/自出生後第一次確診罹患癌症單筆定額給付,等同優先提供保戶一筆醫療費用預備金。

第二重防護:

全方位癌症醫療/提供確診罹患癌症後一年內之癌症住院、出院、住院外科手術、化療、放療、標靶(達重度)及骨髓移植保障。

第三重防護:

照顧身後需求/倘確診罹患癌症後二年內因癌症身故,提供「初次罹患癌症身故保險金」給付,讓被保險人不須擔心身後家庭經濟負擔與喪葬費用。

投保須知 (本保險商品為非保證續保之健康保險)

- ※保險期間:一年期
- ※投保年齡:新保件計畫一限保險年齡20歲-60歲,計畫二限保險年齡0歲-49歲,計畫三限0-39歲,皆可續保至75歲。
- ※保險年齡:投保時,實際年齡有未滿一歲但超過六個月之零數時,其保險年齡按實際年齡加計一歲;若零數未超過六個月者,保險年齡即為實際年齡。
- ※等待期間:本初次投保需自契約生效後第九十一日始負保險給付責任,續保者如經本公司同意續保則不受本項所述九十日約定之限制。

※保險人於本契約有效期間內,經醫院醫師確定診斷初次罹患癌症,於申請理賠後,新安東京海上產物保險公司按本契約約定之保險金額給付「初次罹患癌症保險金」,本契約即行終止。但確定診斷一年內之住院、住院手術、化療、放療、標靶(達重度)投藥及骨髓移植皆仍可獲得理賠。若不幸於確定診斷起二年內因「癌症」而身故,可獲得理賠。

※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。



新安東京海上產險

新安東京海上產物健康保險要保書

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。
- 本保險商品為非保證續保之健康保險。

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="text"/> <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期：民國 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 身分證字號(統一證號) <input type="text"/>
	住 所： <input type="text"/> - <input type="text"/> (通訊地址) <input type="text"/> 縣市 <input type="text"/> 鄉鎮市區 <input type="text"/> 路街 <input type="text"/> 段 <input type="text"/> 巷 <input type="text"/> 弄 <input type="text"/> 號 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> (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 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： <input type="text"/> (僅限要/被保險人帳號E-mail)

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 <input type="text"/>
	姓名： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期：民國 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 身分證字號(統一證號) <input type="text"/>
	住 所： <input type="checkbox"/> 同要保人 / <input type="text"/> - <input type="text"/> (通訊地址) <input type="text"/> 縣市 <input type="text"/> 鄉鎮市區 <input type="text"/> 路街 <input type="text"/> 段 <input type="text"/> 巷 <input type="text"/> 弄 <input type="text"/> 號 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> (國名)
	服務機構名稱 <input type="text"/> 職位(職稱) <input type="text"/> 職業類別(由保險公司填寫) <input type="text"/> 第 <input type="text"/> 類 工作內容(性質) <input type="text"/> 是否兼業 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，工作性質： <input type="text"/> 代碼： <input type="text"/>
詢問事項	※ 被保險人目前是否受有監護宣告？ <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"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否

身故受益人	※ 保險金受益人：本契約保險金受益人除初次罹患癌症身故保險金外依條款所定為被保險人本人，本公司不受理另行指定。 ※ 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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="text"/> (國名)	<input type="checkbox"/>		%	<input type="text"/>	地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 / <input type="checkbox"/> 同被保人住所
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="text"/> (國名)	<input type="checkbox"/>		%	<input type="text"/>	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										

健康保險契約之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。

保險期間：自民國 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 午夜12時起一年止	(本公司保險責任開始之日時，須依本保險契約條款有關「疾病等待期」之相關規定辦理)
---	--

二、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。

三、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。
- 依保險法第127條規定，被保險人已在疾病或妊娠中，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金之責任。

1. 被保險人目前之身高體重： 身高： 公分 體重： 公斤	
2. 最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 過去兩年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 過去一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)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。(3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。(4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。(5)痛風、高血脂症。(6)青光眼、白內障。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 過去五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 mmHG舒張壓90 mmHG以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。(3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT值超過40 IU/L以上)。(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿管、腎囊胞。(6)視網膜剝離或出血、視神經病變。(7)癌症(惡性腫瘤)。(8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。(9)糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。(10)紅斑性狼瘡、膠原症。(11)愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8.女性被保險人回答：過去一年內是否曾患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9.女性被保險人回答：是否已確知懷孕？如 <input type="checkbox"/> 是，已經 週； <input type="checkbox"/> 否	
※ 被保險人之健康情形若有上列2-9項所述的情況(勾選“是”者)，請詳填：	
1. 病名：	2. 發現時間：
3. 就診醫院：	4. 大約就診期間：
5. 診療過程(門診或住院)：	6. 有無手術：
7. 治療結果及目前狀況(是否痊癒)：	

四、承保內容

幣別/單位：新臺幣/元

保障內容(給付項目)		□計畫一	□計畫二	□計畫三	
全心防癌癌症健康保險	初次罹患癌症身故保險金(確診日起二年內)	60 萬	100 萬	100 萬	
	初次罹患癌症保險金	30 萬	50 萬	100 萬	
	特定器官原位癌保險金(每器官限領1次)	3 萬	5 萬	10 萬	
初次罹患癌症標靶治療費用保險給付附加條款	初次罹患癌症標靶治療費用保險金(達癌症【重度】)	10 萬	20 萬	30 萬	
癌症住院醫療保險給付附加保險	確 診 日 起 一 年 內	癌症住院醫療保險金(單次住院最高60日)	1,500 /日	1,500 /日	1,500 /日
		癌症出院後療養保險金(單次住院最高60日)	1,500 /日	1,500 /日	1,500 /日
		癌症住院營養品補助金(連續住院達3日，以3次為限)	3,000 /次	3,000 /次	5,000 /次
		癌症長期住院醫療保險金(連續住院達31起算最高30日)	1,500 /日	1,500 /日	1,500 /日
		癌症住院特別慰問保險金(單次住院日數連續達91日以上)	10 萬/次	10 萬/次	10 萬/次
癌症治療保險給付附加保險	確 診 日 起 一 年 內	癌症放射線治療保險金(最高60日)	2,000 /日	3,000 /日	5,000 /日
		癌症化學治療保險金(最高60日)	1,000 /日	1,000 /日	1,000 /日
		癌症住院外科手術保險金(以3次為限)	1 萬/次	1 萬/次	1 萬/次
		癌症骨髓移植醫療保險金(以1次為限)	3 萬/次	5 萬/次	10 萬/次

年繳保費：_____元

- 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。
- 本人同意於本保險期間屆滿後，自本人提供之信用卡或帳戶中扣繳所需繳納之保險費，並經新安東京海上產險公司核保同意後，依「新安東京海上產物自動續約附加條款」之約定，逐年辦理自動續約。
- 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、被保險人未成年者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	校對	輸入	受理

..... 以下不屬於要保書範圍

<input type="checkbox"/> 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)公司個人資料保護法廣告知本人之事項，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： <input type="checkbox"/> 要保人、被保險人、指定受益人 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> 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：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 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)	被保險人：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 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)							
<table border="1"> <tr> <td>非 股 職 業</td> <td>001 律師(或其合夥人/受僱人) 002 會計師(或其合夥人/受僱人) 003 公證人(或其合夥人/受僱人) 004 軍火商、不動產經紀人</td> <td>005 融資從業人員 006 寺廟、教會從業人員 007 外交人員、大使館、辦事處 008 虛擬貨幣的發行者或交易者</td> <td>009 當舖業 010 寶石及貴金屬交易商 011 藝術品/骨董交易商 012 拍賣公司</td> <td>013 基金會 014 協會 015 博弈產業/公司 016 匯款公司</td> <td>017 外幣兌換所</td> </tr> </table>			非 股 職 業	001 律師(或其合夥人/受僱人) 002 會計師(或其合夥人/受僱人) 003 公證人(或其合夥人/受僱人) 004 軍火商、不動產經紀人	005 融資從業人員 006 寺廟、教會從業人員 007 外交人員、大使館、辦事處 008 虛擬貨幣的發行者或交易者	009 當舖業 010 寶石及貴金屬交易商 011 藝術品/骨董交易商 012 拍賣公司	013 基金會 014 協會 015 博弈產業/公司 016 匯款公司	017 外幣兌換所
非 股 職 業	001 律師(或其合夥人/受僱人) 002 會計師(或其合夥人/受僱人) 003 公證人(或其合夥人/受僱人) 004 軍火商、不動產經紀人	005 融資從業人員 006 寺廟、教會從業人員 007 外交人員、大使館、辦事處 008 虛擬貨幣的發行者或交易者	009 當舖業 010 寶石及貴金屬交易商 011 藝術品/骨董交易商 012 拍賣公司	013 基金會 014 協會 015 博弈產業/公司 016 匯款公司	017 外幣兌換所			
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="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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? <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. 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 <input type="checkbox"/> 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)： <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								
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 <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 投保之同業名稱：_____，投保人性名：_____，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： <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：	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：

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

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 諸君詳閱及知悉：

- 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)
- 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。
- 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、委託協助處理賠款之公證人或機構。(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。
- 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、業務委託機構、與本公司合作推廣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。
- 地區：上述對象所在之地區。
- 方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據資法第三條之規定，本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、本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，因此可能延誤承保、延遲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 免付費客戶專線 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：

- 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。
- 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。
- 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。
- 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發保險契約，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事故給付時，另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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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