

給您的寶貝最百分之百的關懷

~新安東京海上個人傷害保險

快樂童年專案

這是專為您所設計的兒童意外險保障，
每日不到5元，可以補足您原有的保險計劃，
讓您的寶貝享受更好的意外及意外醫療照顧，不用擔心拖累
家人，讓您的寶貝在外無後顧之憂

保障內容	計劃別及投保職業類別			
	A	B	C	D
意外傷害殘廢給付(分級給付)	100萬	200萬	100萬	200萬
重大燒燙傷給付(分級給付)	200萬	200萬	200萬	200萬
燒燙傷皮膚移植手術給付	200萬	200萬	200萬	200萬
新看護費用給付	100萬	100萬	100萬	100萬
特定交通意外骨折給付			10萬	10萬
緊急醫療救護費用給付	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元
住院慰問保險金給付(連續住院三天以上)	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元
傷害醫療給付日額型(最高90日)(含骨折未住院給付)	2,000元	2,000元	1,000元	1,000元
加護病房給付(最高90日)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
燒燙傷病房給付(最高90日)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
年繳保費	1141元	1250元	1251元	1360元
以下保額為外加式保障(須加費購買)				
選擇型傷害醫療保險金給付	3萬			
年繳保費	470元			

註：本商品限0歲-15歲兒童購買。

註：本商品附加自動續保條款，可自動續保至15歲

註：投保A-D始得加保選擇型傷害醫療保險給付二擇一

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40%，最低40%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話：0800-050-119)或網站(網址：<http://www.tmnwa.com.tw>)，以保障您的權益。

新安東京海上產物免費申訴及客服專線 0800-050-119
新安東京海上產物資訊公開查詢網址 <https://www.tmnwa.com.tw>



新安東京海上產物傷害保險要保書

- 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：□□□-□□ (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：_____						與被保險人關係						
被保險人	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：□□□-□□ (通訊地址) 縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓												
	聯絡電話：□ 同要保人聯絡方式 住家：_____ 公司：_____ 手機：_____						是否領有身心 障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否						
保險金受益人：殘廢保險金及其他醫療費用保險金之受益人為被保險人本人，本契約不受另行指定或變更。													
保險期間：自民國 年 月 日午夜12時起一年止													
被保險人投保經歷	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一擇一 <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，並由該公司存證五年，有關「電子保單」之內容爭議，悉以該公司存證者為準。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： _____												

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。

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。				
(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。				
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。

保障項目	計劃別/保險金額(新台幣元)			
	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
保滿意個人傷害保險	100萬	200萬	100萬	200萬
重大燒燙傷給付(分級給付)	200萬	200萬	200萬	200萬
燒燙傷皮膚移植手術給付	200萬	200萬	200萬	200萬
新看護費用給付	100萬	100萬	100萬	100萬
特定交通意外骨折給付			10萬	10萬
緊急醫療救護費用給付	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元
住院慰問保險金給付(連續住院三天以上)	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元
傷害醫療給付日額型(最高90日)(含骨折未住院給付)	2,000元	2,000元	1,000元	1,000元
加護病房給付(最高90日)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
燒燙傷病房給付(最高90日)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
以下保額為外加式保障(須加費購買)	選擇加保 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			年繳保費：_____元
選擇型傷害醫療保險金給付	3萬			

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物保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。 同意 不同意 (甲型：未滿15歲適用；乙型：滿15歲適用)

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

以下不屬於要保書範圍

新安東京海上產險履行個人資料保護法告知義務內容	新安東京海上產物傷害暨健康險適合度評估暨招攬報告書
<p>本公司依據個人資料保護法(以下稱個資法)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：</p> <p>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業務之需要(一八一)</p> <p>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、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。</p> <p>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。</p> <p>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、中央健康保險局、業務委外機構、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>【註】上開告知事項已公告於本公司官網(https://www.tmnwa.com.tw)，如有任何問題，請洽詢0800-050-119 免付費客戶專線。</p>	<p>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：_____</p> <p>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_____</p> <p>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"/>他人轉介紹</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>6. 業務員已充分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</p> <p>7. 業務員已充分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</p> <p>8. 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：_____。</p> <p>9. 依要保保險人的收入、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，協助其規劃適當之保障：_____ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>10. 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：_____</p> <p>11. 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</p> <p>12. 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</p> <p>13. 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_____</p> <p>14. 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。</p> <p>業務員簽名：_____年_____月_____日 保經代簽署章：_____</p>

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.tmnewa.com.tw>),如有任何問題歡迎洽詢 0800-050-119免付費專線電話。

特約商店代號： 15833968900 台灣環匯亞太 0129101916 美國運通

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：_____ - _____ - _____ - _____

信用卡有效日期：至西元 _____ 年 _____ 月止

持卡人中文姓名：_____ (請以正楷書寫)

持卡人身份證號碼：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

持卡人住址：

持卡人電話：(H) _____ (O) _____

持卡人親簽：_____ (與信用卡上簽名一致)

持卡人與被保險人關係： 本人 配偶 直系親屬 其他 _____

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。

ATM國泰世華銀行建國分行帳號：223-03-0003631

戶名：新安東京海上產物保險股份有限公司

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

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、因本公司財產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。



新安東京海上產險

總公司:台北市中山區南京東路三段130號 電話:(02)8772-7777

桃園分公司:桃園市中正路1071號12樓之1 電話:(03)317-6671

台南分公司:台南市永康區中正南路30號16樓 電話:(06)251-1212

新北分公司:新北市永和區保生路1號23樓 電話:(02)2928-2277

台中分公司:台中市北區進化北路240號 電話:(04)2234-1399

高雄分公司:高雄市左營區裕誠路394號7樓 電話:(07)558-7233