



商品名稱
 新安東京海上產物保滿意個人傷害保險、新安東京海上產物傷害保險重大燒燙傷給付附加條款、新安東京海上產物傷害保險燒燙傷皮膚移植手術給付附加條款、新安東京海上產物傷害保險新看護費用給付附加條款、新安東京海上產物傷害保險住院日額醫療保險附約(甲型)、新安東京海上產物傷害保險傷害醫療保險給付附加條款、新安東京海上產物傷害保險緊急醫療救護費用給付附加條款、新安東京海上產物傷害保險加護病房給付附加條款、新安東京海上產物傷害保險燒燙傷病房給付附加條款、新安東京海上產物傷害保險住院慰問保險金給付附加條款、新安東京海上產物真心安癌症健康保險、新安東京海上產物真心安癌症健康保險初次罹患癌症健康保險附約、新安東京海上產物真心安癌症健康保險醫療保險附約

給付項目
 意外傷害失能給付、重大燒燙傷保險金、燒燙傷皮膚移植手術保險金、新看護費用保險金、住院日額保險金(甲型)、傷害醫療保險金實支實付型、傷害醫療保險金日額型、傷害醫療費折未住院給付、緊急醫療救護費用保險金、加護病房保險金、燒燙傷病房保險金、住院慰問保險金、癌症身故保險金、初次罹患癌症保險金、特定器官原位癌保險金、癌症住院醫療保險金、癌症出院後療養保險金

商品文號
 104年06月15日新安東京海上104商字第0153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、104年06月15日新安東京海上104商字第0160號函備查、104年06月15日新安東京海上104商字第0174號函備查、104年06月15日新安東京海上104商字第0172號函備查、105年07月20日新安東京海上105商字第0109號函備查、104年06月15日新安東京海上104商字第0170號函備查、107年04月30日新安東京海上107商字第0088號函備查、104年06月15日新安東京海上104商字第0173號函備查、104年06月15日新安東京海上104商字第0155號函備查、104年06月15日新安東京海上104商字第0175號函備查、104年06月15日新安東京海上104商字第0157號函備查、103年09月01日新安東京海上103商字第0139號函備查、108年01月01日依金融監督管理委員會107年09月17日金管保壽字第10704937510號函修正、103年09月01日新安東京海上103商字第0140號函備查、108年01月01日依金融監督管理委員會107年09月17日金管保壽字第10704937510號函修正、103年09月01日新安東京海上103商字第0141號函備查、108年01月01日依金融監督管理委員會107年09月17日金管保壽字第10704937510號函修正

快樂童年



專案特色

- ✓ 疾病&意外全都保，住院日額雙重保障
- ✓ 結合完整癌症防護，父母最安心
- ✓ 多重意外醫療給付，保障再升級
- ✓ 重大傷害保障齊全，無後顧之憂
- ✓ 保障延續貼心機制，續保超方便
- ✓ 提供海外急難救助，服務更超值

本商品由新安東京海上產物保險公司提供，彰化銀行代理銷售，惟新安東京海上產物保險公司保留本商品核保及最後承保與否之一切權利。

本簡介僅供參考，詳細保單內容以保單條款為準，客戶投保前應詳細閱讀保單條款內容

投保後解約可能不利消費者，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。
 稅法相關規定或解釋之改變可能會影響本商品之稅賦優惠。
 本商品為保險商品，依保險法及相關規定受「保險安定基金」保障。
 本保險商品，非存款商品，不受「存款保險」保障。
 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39.94%，最低39.88%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽新安東京海上產物保險公司業務員、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。
 本保險商品係為非保證續保之健康保險商品。
 本保險商品為健康保險，需有30天等待期，續保者不受本項30日約定之限制；本保險商品為癌症保險，需有90天等待期，續保者不受本項90日約定之限制。



新安東京海上產物個人傷害暨健康保險要保書

- 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。
- 本公司健康保險商品係為非保證續保之保險商品。
- 新安東京海上產險24小時免費申訴電話：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

保險單號碼	字第	號	本保單係	字第	號保單之續保
要保人	_____ □男 □女			法人之代表人	
身分證字號				出生日期	中華民國 年 月 日
要保人聯絡地址(住所)	□□□			國籍	□本國籍 □外國籍 _____ (國名)
連絡電話	H :	O :	行動電話 :	與被保險人關係	□本人 □其他 _____
被保險人	姓名	_____ □男 □女		身分證字號	
	服務公司名稱			工作內容/職稱	
	出生日期	中華民國 年 月 日	職業類別	第 類 代碼	□□□□□□□□□□
	被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？ □ 是(請提供) □ 否				國籍：□本國籍 □外國籍 _____ (國名)
失能保險金及其他醫療費用保險金之受益人為被保險人本人，本契約不受理另行指定或變更。					
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)，姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生日期 _____ 國籍：□本國籍 □外國籍 _____ (國名) 尚未指定則為被保險人之法定繼承人 指定受益人與被保險人的關係：□父母 □子女 □配偶 □兄弟姊妹 □其他：_____ (分配方式 □均分 □順位) 聯絡地址：_____ 聯絡電話：_____				
如身故保險金受益人係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。					
被保險人聯絡地址(住所1)	□□□ □同要保人聯絡地址(住所)				
被保險人聯絡地址(住所2)	□□□				
保單寄送地址	□□□				
連絡電話	H :	O :	行動電話 :		
保險期間	自中華民國 年 月 日午夜12時起一年				
告知事項	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、尿毒、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？如是，已經 _____ 周？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	※上述告知「是」者，請補充說明： 病名：_____ 約初次發現時間：_____ 目前是否治療中：_____ 是否痊癒：_____				
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。				

保障內容 (給付項目)		保險金額 (新台幣元)		
		計劃一	計劃二	
失能保障	保滿意個人傷害保險 (意外傷害失能給付)	100 萬	200 萬	
重大傷害	重大燒燙傷保險金 (分級給付)	100 萬	150 萬	
	燒燙傷皮膚移植手術保險金 (分級給付)	100 萬	100 萬	
	新看護費用保險金	100 萬	100 萬	
疾病、意外醫療 (疾病等待期 30 天)	住院日額保險金(甲型) (最高 60 日)	1,000 元/日	1,000 元/日	
意外傷害醫療 (可同時給付)	實支實付	傷害醫療保險金實支實付型	2 萬	3 萬
		緊急醫療救護費用保險金 (最高給付 5 次/事故)	3,000 元/次	3,000 元/次
	住院日額	傷害醫療保險金日額型 (最高 90 日)	1,000 元/日	2,000 元/日
		加護病房保險金 (最高 90 日)	另加 1,000 元/日	另加 2,000 元/日
		燒燙傷病房保險金 (最高 90 日)	另加 1,000 元/日	另加 2,000 元/日
		傷害醫療骨折未住院給付	上限 3 萬元	上限 6 萬元
		住院慰問保險金(連續住院 3 日以上)	3,000 元/次	2,000 元/次
癌症保障 (癌症等待期 90 天)	真心安癌症健康保險(癌症身故保險金)	50 萬	50 萬	
	初次罹患癌症保險金 (終身限請領一次)	50 萬	50 萬	
	特定器官原位癌保險金 (每器官限請領一次)	5 萬	5 萬	
	癌症住院醫療保險金 (最高 60 日)	1,000 元/日	1,000 元/日	
	癌症出院後療養保險金 (最高 60 日)	1,000 元/日	1,000 元/日	
年 繳 保 費 (首 年)		□ 2,358 元	□ 2,803 元	
年 繳 保 費 (續 年)		2,505 元	2,950 元	

自動續保附加條款同意書 同意自動續保者請勾選，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保(甲型)附加條款」。首、續期保費限以信用卡或轉帳授權扣款支付。本人同意自動續保，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，依自動續保附加條款之約定，逐年辦理自動續保。

- 意外失能保障係依本契約條款附表「失能等級與給付金額表」中所訂之失能等級程度給付。
- 本商品附加「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」，其死亡保險金或失能保險金，給付額度最高以新台幣二百萬元為限。
- 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。
- 本人(要保人)已告知並瞭解所投保商品之重要內容及投保需之等相關事宜。
- 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。
- 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。

要保人：(親自簽名) _____ 被保險人：(親自簽名) _____ 法定代理人：(親自簽名) _____
 要保日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下欄位由本公司填寫			以下欄位由招攬單位填寫			保經代簽署章
複核	核保	經辦代號	收件日期	業務員登錄字號	業務員簽名(親簽)	
			分行代號/名稱			
			業務來源： <input type="checkbox"/> 行員件 <input type="checkbox"/> 一般件 若為行員件，請填寫下列資料 行員姓名：_____			
			被保險人與行員之關係：_____			

財 務 資 料	一、要保人基本資料	(1)名稱：_____ (2)工作內容/職位：_____								
	二、要/被保險人之財務狀況	(1)投保目的： <input type="checkbox"/> 增加保障 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 其他：_____								
		(2)被保險人是否已投保或正在申請產險保單： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (如是，請勾選下列選項)								
		<table border="1"> <tr> <td>保險公司</td> <td>險種類型</td> <td>保險公司</td> <td>險種類型</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>傷害險 <input type="checkbox"/>健康險</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>傷害險 <input type="checkbox"/>健康險</td> </tr> </table>	保險公司	險種類型	保險公司	險種類型		<input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險		<input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險
	保險公司	險種類型	保險公司	險種類型						
		<input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險		<input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險						
	(3)要保人家庭主要經濟者年收入： <input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51萬-100萬 <input type="checkbox"/> 101萬-150萬 <input type="checkbox"/> 151萬以上 收入來源： <input type="checkbox"/> 薪資(_____ 萬) <input type="checkbox"/> 房租(_____ 萬) <input type="checkbox"/> 利息(_____ 萬) <input type="checkbox"/> 其他(_____ 萬)									
	(4)要/被保險人或法定代理人扶(贍)養之人數： <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 3人 <input type="checkbox"/> 4人以上									
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：_____ 法定代理人簽名：_____ 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業務員報告書【人身保險】

要保人姓名：		被保險人姓名（與要保人同一人無須填寫）：			
自然人	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職業 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職業 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍			
法人	行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業 法人負責人： 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國（國名）	行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業 法人負責人： 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"/> 營業事業登記證 <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					
註一職業：律師、會計師、公證人，或其合夥人或受僱人。軍火商、不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石商及貴金屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博奕產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商。					
1.招攬經過：(1)是否主動投保？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如是，請簡要說明招攬經過： (2)要保人與被保險人投保目的及需求：（可複選） <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）：					
2.要保人與被保險人財務狀況：					
財務狀況		要保人		被保險人（與要保人同一人無須填寫）	
	個人年收入	新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元
	家庭年收入	新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元
	資產(含動產與不動產)	新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元
*若要保人/被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和；若要保人/被保險人為未成人/學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。					
要保人為法人時需填寫	公司或團體資本額： 萬元，成立時間：民國 年；員工人數： 人，過去三年該公司或團體平均營收： 萬元。				
*若要保人/被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和；若要保人/被保險人為未成人/學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。					
3.家中主要經濟來源者： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）：					
4.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					
5.本保單之規劃，要保人與被保險人已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之相當性(適合度)。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
6.有關要保人與被保險人所提供之身分證明文件（身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身分之文件等）是否與要保書填載之內容相符？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
7.招攬時，已向要保人說明本次購買保險商品內容、繳納保費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
8.招攬時，已親晤要/被保險人/法定代理人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
9.招攬時，已向要保人或被保險人確認要保人與被保險人，及被保險人與受益人之關係及身分？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
10.身故受益人是否指定為配偶、直系親屬或法定繼承人，且順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？若否，請說明關係及原因 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
11.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？若是，請說明居住國家(地區) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
12.要保人或被保險人是否是現任(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)?若是，請說明： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
13.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，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
14.若有其他有利於核保之資訊，請說明：					
15.業務員聲明如下： (1)本人招攬時確已當面對要/被保險人/法定代理人身分證明文件，並由要/被保險人/法定代理人親自簽名無誤。 (2)本人具有招攬資格，並已於招攬時評估要/被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額之相當性、投保目的及需求並完成適合度分析，要保人確已瞭解其所繳保費所購買保險商品之險種、內容及金額。 (3)本人招攬時確已遵守相關法令規範，如有不實致所屬保經/代公司或保險公司受損時，願負賠償責任。 ※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。					
招攬單位：		業務員簽名：		簽署人簽章：	
銷售服務確認說明（請務必勾選）					
一、本保單之規劃，本人(要/被保險人)是否已確實了解其投保目的、保險需求，綜合考量其財務狀況以及付費能力，充分清楚其保額及保障需求間之適當性(適合度)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
二、銷售人員是否已提供下述商品說明資料與投保文件？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (一)產品簡介 (二)本保險契約條款樣張 (三)要保書填寫說明 (四)投保須知 (五)彰化商業銀行股份有限公司履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書(人身保險)					
三、經銷售人員詳細說明投保商品之契約內容並揭露相關風險後，已充分了解並完全同意？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
客戶申訴說明事項					
一、於投保期間或保單生效後，若對於本商品相關服務有疑慮或不滿時，要/被保險人除可向提供本商品之保險公司提出申訴外，亦可採取下述方式提出申訴： 1. 向彰化銀行之客服中心，申訴專線：0800-365-889 按 9 轉接專人 2. 向彰化銀行保險代理人處提出申訴，連絡方式如下-電話：02-2521-4879，E-mail： chbins@chb.com.tw					
二、若要/被保險人向提供本商品之保險公司或彰化銀行之申訴處理人員提出申訴後，但該等機構未能於 30 天內做適當之處置，要/被保險人得向財團法人金融消費評議中心提出申訴。申訴專線：0800-789-885					
本人(要/被保險人)確認銷售業務員具備本保險商品銷售資格及已履行個人資料保護法告知義務，且知悉本專案係保險商品並受保險安定基金保障，投保後短期內解約不利消費者，並對於以上銷售服務確認說明、客戶申訴說明…等事項已完全了解並同意。 此致 彰化商業銀行股份有限公司					
要保人簽名：		被保險人簽名： (口同要保人)			
法定代理人簽名：					
中		華		民	
國		年		月	
日					

注意事項 / 投保規則

- 本專案商品適用對象為彰化銀行客戶，且每位被保險人僅限投保乙次。如被保險人已於新安東京海上產物保險公司投保其他傷害險專案者，新安東京海上產物保險公司仍保留承保與否之權利。
- 投保後解約可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
- 本保險商品非存款商品，不受「存款保險」之保障。
- 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，依保險法及相關規定受「保險安定基金」保障。
- 本商品簡介僅供參考，詳細保單內容以保單條款為主，客戶投保前應詳細閱讀保單條款內容。
- 投保年齡：限0歲~未滿15足歲具中華民國國籍身份之兒童投保，最高可續保至15歲。
- 被保險人投保時必須人在國內，在台外籍兒童須合法居住本國達一年以上始受理投保，投保時須提供居留證影本。
- 被保險人變更其職業或職務時，要保人或被保險人應即時以書面通知新安東京海上產物保險公司。如被保險人日後所變更之職業為不保範圍內者，新安東京海上產物保險公司於接到通知後得終止契約，並按日計算退還未滿期保險費。
- 本保險專案保險期間以一年為限。被保險人在保險期間內申請退保時，新安東京海上產物保險公司將按短期費率計算退還未滿期保險費。
- 本保險專案續保時，若要保人於本契約保險期間未屆滿前即繳交續保保費時，續保件仍需經新安東京海上產物保險公司核保通過後接續本保險契約生效日屆滿後失效。
- 任何有關被保險人之保險費轉帳或扣款金額查詢、保險理賠及各項保險權益事項，悉由新安東京海上產物保險公司負責處理，概與彰化銀行無涉。
- 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。
- 依據保險法第21條規範，本專案保險費應於保單生效前交付之。

投保作業流程

要 / 被保險人填妥要保書並親自簽名

至彰化銀行全省各分行受理

新安東京海上產物經核保同意且確認收費後於7天內寄發保單及收據

客戶服務及申訴管道：

新安東京海上產物保險股份有限公司客戶服務

及申訴管道：電話：0800-050-119

彰化銀行客戶服務及申訴管道：0800-365-889

彰化銀行保險代理人處客戶服務及申訴管道：

電話：02-2521-4879

e-mail：chbins@chb.com.tw

專案特色

- 1. 疾病&意外全都保，住院日額雙重保障**
不論是因「疾病」或「意外事故」受傷住院皆能申請保險給付，若因意外事故住院最高可合併給付日額7,000元，為您的寶貝提供全方位的醫療保障。
- 2. 結合完整癌症防護，父母最安心**
若確診罹患癌症馬上給付最高50萬元保險金，確保第一時間治療不耽擱，若因癌症住院，除一般疾病日額給付外，將額外再給付「癌症住院醫療」與「癌症出院後療養」的日額保險金，最高合併給付日額3,000元。
- 3. 多重意外醫療給付，保障再升級**
醫療保障項目除「傷害醫療住院日額」、「傷害醫療實支實付」、「加護病房」、「燒燙傷病房」、「住院慰問金」、「緊急醫療救護費用」之外，另外貼心提供「骨折未住院」津貼，即便骨折在家休養也能獲得保險給付。
- 4. 重大傷害保障齊全，無後顧之憂**
特別提供「重大燒燙傷」、「燒燙傷皮膚移植手術」、「新看護費用」三大重大傷害承保項目，輔以「燒燙傷病房日額」與「加護病房日額」保障，全面守護最完善。
- 5. 保障延續貼心機制，續保超方便**
貼心提供保戶續期自動續保選項，簡化續年度投保流程，便利保戶輕鬆接續完整保障。
- 6. 提供海外急難救助，服務更超值**
當在海外發生緊急事故需要急難救助時，可享有「緊急醫療轉送」、「住院後返國治療」、「親屬探視安排」及「醫療諮詢服務」等22項救援服務，偕同幼童海外旅行更安心。

彰化商業銀行股份有限公司履行個人資料保護法 蒐集、處理及利用個人資料告知書(人身保險)

彰化商業銀行股份有限公司(下稱本公司)及本公司所代理之保險公司依據個人資料保護法(以下稱個資法)第8條第1項(如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (一) 保險代理
- (二) 人身保險
- (三) 消費者、客戶管理與服務
- (四) 行銷(包含合作推廣保險業務)
- (五) 資(通)訊與資料庫管理
- (六) 金融爭議處理
- (七) 金融服務業依法令規定及金融監理需要,所為之蒐集、處理及利用
- (八) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別:

包括但不限於:姓名、身分證統一編號、性別、出生年月日、聯絡方式、美國稅籍編號、國籍、出生地、住居所、健康檢查、醫療及病歷等,詳如相關業務申請書或文件內容,並以本公司與 台端往來及自 台端或第三人處所實際蒐集之個人資料為準。

三、個人資料之來源

- (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) 台端之法定代理人、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、個人資料利用之期間、對象、地區、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、本公司所代理之保險公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國保險代理人商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、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、與本公司有合作推廣或有業務往來之機構、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3條規定, 台端就本公司及本公司所代理之保險公司保有 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(台端可致電02-2521-4879向本公司客服人員詢問)。

六、除 台端所申辦之業務有關郵件、帳單或通訊外,若 台端不欲接獲其他行銷郵件或通訊,可致電彰化銀行保險代理人處服務專線02-2521-4879,將由本公司客服人員為 台端服務。

七、台端不提供個人資料所致權益之影響:

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作業,因此將婉謝、延遲或無法提供 台端相關服務。

受告知人: _____ 被保險人: _____ (口同要保人)
要保人: _____

法定代理人/輔助人: _____ 法定代理人/輔助人: _____
(要保人/被保險人或法定代理人/輔助人為同一人者,只須簽名一次)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註:本公司履行上開告知義務,不限書面或取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力。

Q&A

Q1 何謂海外急難救助給付？

被保險人於海外發生重大意外傷害急難事故，提供緊急醫療轉送、住院後返國治療、出院後療養、親屬探視安排、協助安排當地火化、協助安排當地禮葬、協助安排遺體運送返國（限返國土葬者）等急難救助補助，以一萬美元為上限。

Q2 何謂重大燒燙傷？

「重大燒燙傷」係指身體蒙受二度燒燙傷面積大於全身百分之二十，或三度燒燙傷面積大於全身百分之十，或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者，依其體表面積比例，依重大燒燙傷等級表(六級11項)給付保險金。

Q3 何謂緊急醫療救護費用？

因意外傷害事故致被保險人以救護車進行運送或轉診時，其金額按被保險人以救護車進行運送或轉診之實際金額給付之，但每次搭乘之支付金額以保險金額為限，同一事故給付以五次為限。

Q4 如非全民健保特約醫療機構就診，傷害醫療保險金如何給付？

若被保險人不具健保身份或雖具全民健保身份但未使用或在非全民健保特約醫療機構就診(含海外就醫)，新安東京海上產物保險公司依其實際醫療費用70%給付傷害醫療保險金。

Q5 何謂新看護費用保險金？

因意外傷害事故而致成「需要長期看護狀態」，並持續該狀態達九十日時，依照本附加條款之約定給付保險金。需要長期看護狀態係指被保險人因意外傷害事故，經醫師診斷為致成下列日常生活活動所需之身體機能之永久性機能障礙者，無法執行下列三項或三項以上之日常生活活動：
1.如無他人協助，無法自行起床。 2.如無他人協助，無法自行走動。 3.如無他人協助，無法自行進食。
4.如無他人協助，無法自行沐浴。 5.如無他人協助，無法自行穿脫衣物。 6.如無他人協助，無法自行如廁。

Q6 何謂燒燙傷皮膚移植手術保險金？

係指身體因意外傷害事故而致成下表（燒燙傷皮膚移植手術給付等級表）所列五項燒燙傷程度之一，經醫師診斷必須且實際接受皮膚移植手術治療時，給付「燒燙傷皮膚移植手術保險金」，其金額按該表所列之給付比例乘以本附加條款保險金額計算之。

等級	燒燙傷程度	給付比例	第三級	體表面積30~49%以上之燒燙傷	50%
第一級	體表面積70%以上之燒燙傷	100%	第四級	體表面積10~29%以上之燒燙傷	25%
第二級	體表面積50-69%以上之燒燙傷	75%	第五級	體表面積2~9%以上之燒燙傷	15%

Q7 加護病房日額或燒燙傷日額保險金如何給付？

以計劃二為例，被保險人若因意外事故住進加護病房或燒燙傷病房，除每日可請領意外住院日額給付3,000元外，另可申請加護病房保險金或燒燙傷病房保險金2,000元。

Q8 住院慰問金如何給付？

以計劃一為例，自意外傷害事故發生，經登記合格的醫院或診所之醫師診斷必須住院治療且實際住院日數達三日(含)以上時，給付「住院慰問保險金」3,000元，但每次事故給付以一次為限。

Q9 何謂自動續保？

同意自動續保之顧客，新安東京海上產物保險公司依本附加條款之約定，逐年辦理自動續保，被保險人或要保人不用逐年填寫續保通知書，可免去每年重填要保書的麻煩，可自動續保至15足歲，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三十日內經要保人繳交保費續保後，主保險契約及其附加條款（詳如要保書所列要保人投保項目）得自動續約繼續有效。

Q10 何謂骨折未住院給付？

係指被保險人因意外傷害事故蒙受骨折未住院治療者，或已住院但未達下列骨折別所定日數表，其未住院部份新安東京海上產物保險公司按下列骨折別所定日數乘「傷害醫療保險金日額」的二分之一給付。合計給付日數以按骨折別所訂日數為上限。

如係不完全骨折，按完全骨折日數二分之一給付；如係骨骼龜裂者按完全骨折日數四分之一給付，如同時蒙受下列二項以上骨折時，僅給付一項較高等級的醫療保險金。

骨折部分	完全骨折日數	骨折部分	完全骨折日數	骨折部分	完全骨折日數
1、鼻骨、眶骨(含顴骨)	14天	8、膝蓋骨	28天	15、腕骨(一手或雙手)	40天
2、掌骨、指骨	14天	9、肩胛骨	34天	16、脛骨或腓骨	40天
3、趾骨、趾骨	14天	10、椎骨(包括胸椎、腰椎及尾骨)	40天	17、踝骨(一足或雙足)	40天
4、下顎(齒槽醫療除外)	20天	11、骨盤(包括腸骨、恥骨、坐骨、薦骨)	40天	18、股骨	50天
5、肋骨	20天	12、頭蓋骨	50天	19、脛骨及腓骨	50天
6、鎖骨	28天	13、髌骨	40天	20、大腿骨頭	60天
7、橈骨或尺骨	28天	14、橈骨與尺骨	40天		

Q11 意外/疾病住院次數之計算方式為何？

被保險人於保險期間因同一意外事故、疾病，或因此引起之併發症，於出院後十四日內再次住院時，視為同一次住院辦理。

Q12 契約有效期間屆滿後住院之處理？

倘被保險人係於保險期間屆滿後出院者，新安東京海上產物保險公司就再次住院之日數，不列入給付保險金之計算，但經新安東京海上產物保險公司同意續保且保期未中斷者，不在此限。

Q13 何謂「特定器官原位癌」？

係指被保險人罹患原位癌或零期癌，且經病理檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於原位腫瘤之疾病，即消化系統、呼吸系統及泌尿生殖系統器官中之任一器官之原位癌、皮膚原位癌、乳房原位癌。

1. 消化系統器官包括：口腔、食道、胰臟、膽囊、肝臟、胃、十二指腸、小腸、大腸及直腸
2. 呼吸系統器官包括：鼻、咽、喉、氣管、支氣管和肺臟
3. 泌尿生殖系統器官：腎臟、輸尿管、膀胱、尿道、卵巢、輸卵管、子宮、陰道、外陰部、陰莖、陰囊、睪丸、副睪、前列腺

Q14 何謂「初次罹患癌症」？

係指被保險人於本附約生效日前，過去五年內未經醫院醫師診斷確定罹患符合前項所稱之「癌症」，且於本附約生效日後第九十一日起（即新安東京海上產物保險公司應負之保險責任開始後）第一次罹患「癌症」。但續保者則不受本項所述九十日約定之限制。

Q15 何謂「特定器官原位癌保險金」？

係指被保險人於本附約生效日後第九十一日起（即新安東京海上產物保險公司應負之保險責任開始後）經醫師診斷確定初次罹患特定器官原位癌時，新安東京海上產物保險公司按被保險人投保之初次罹患癌症保險金額的百分之十給付「特定器官原位癌保險金」，但同一器官之原位癌以給付一次為限。續保者不受本項所述九十日約定之限制。
新安東京海上產物保險公司依約定給付「特定器官原位癌保險金」後，本附約仍繼續有效。

Q16 何謂「癌症住院醫療保險金給付」？

被保險人於本附約有效期間內因「癌症住院」於醫院住院者，新安東京海上產物保險公司按被保險人投保之「癌症住院醫療保險金日額」乘以被保險人實際住院日數（含入院及出院當日），給付「癌症住院醫療保險金」，但同一次住院的給付日數以六十日為限。

Q17 何謂「癌症出院後療養保險金給付」？

被保險人於本附約有效期間內因符合住院診療者，於出院後新安東京海上產物保險公司按被保險人投保之「癌症出院後療養保險金日額」乘以被保險人實際住院日數（含入院及出院當日），給付「癌症出院後療養保險金」，但同一次住院的給付日數以六十日為限。

Q18 如果罹患1~4期癌症在申請理賠後還可以辦理續保嗎？

投保癌症險後，倘若保戶在領取「初次罹患癌症保險金」後，經新安東京海上產物保險公司核保同意續保後，新安東京海上產物保險公司將主動自原承保內容中刪除「初次罹患癌症保險金」與「特定器官原位癌保險金」二項承保項目，並同時扣除該二項承保內容的保費，但被保險人仍可繼續投保「癌症住院醫療保險金」、「癌症出院後療養保險金」及「癌症身故保險金」三項承保項目。

Q19 「住院日額保險金(甲型)」如何給付？

指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療時給付住院日額保險金。「疾病」係指被保險人自本附約生效日起持續有效第31日開始所發生之疾病。「住院」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。

彰化銀行蒐集、處理及利用個人資料告知事項

103.07.01版本
合作推廣專用(產險)

親愛的客戶您好：

由於個人資料之蒐集，涉及 臺端的隱私權益，彰化商業銀行股份有限公司(以下稱本行)向 臺端蒐集個人資料時，依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項規定，應明確告知 臺端下列事項：

一、有關本行蒐集 臺端個人資料之目的、個人資料類別及個人資料利用之期間、地區、對象及方式等內容如下，請 臺端詳閱：

- (一) 目的：如附表所勾選實際辦理業務類別之特定目的及代號。
- (二) 個人資料之類別：姓名、身分證統一編號、性別、出生年月日、通訊方式、國籍、出生地、住居所及其他詳如相關業務申請書或契約書之內容，並以本行與 臺端往來之相關業務、帳戶或服務及自 臺端或第三人處(例如：財團法人金融聯合徵信中心)所實際蒐集之個人資料為準。
- (三) 期間：特定目的存續期間、依相關法令所定(例如：商業會計法等)、因執行業務所必須之保存期間、依個別契約就資料之保存所定之保存年限(以孰後屆至者為準)。
- (四) 地區：下列對象之國內及國外所在地。
- (五) 對象：本行(含受本行委託處理事務之委外機構)、依法令規定利用之機構(例如：本行所屬金融控股公司等)、其他與本行業務相關之機構(例如：通匯行、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、財金資訊股份有限公司、信用保證機構、信用卡國際組織、收單機構暨特約商店等)、依法有權機關或金融監理機關、及臺端所同意之對象(例如：本行共同行銷或交互運用客戶資料之公司、與本行合作推廣業務之公司等)。
- (六) 方式：符合個人資料保護相關法令以自動化機器或其他非自動化之利用方式。

二、依據個資法第三條規定，臺端就本行保有 臺端之個人資料得行使下列權利：

- (一) 除有個資法第十條所規定之例外情形外，得向本行查詢、請求閱覽或請求製給複製本，惟本行依個資法第十四條規定得酌收必要成本費用。
- (二) 得向本行請求補充或更正，惟依個資法施行細則第十九條規定，臺端應適當釋明其原因及事實。
- (三) 本行如有違反個資法規定蒐集、處理或利用 臺端之個人資料，依個資法第十一條第四項規定，臺端得向本行請求停止蒐集。
- (四) 依個資法第十一條第二項規定，個人資料正確性有爭議者，得向本行請求停止處理或利用 臺端之個人資料。惟依該項但書規定，本行因執行業務所必須並註明其爭議或經 臺端書面同意者，不在此限。
- (五) 依個資法第十一條第三項規定，個人資料蒐集之特定目的消失或期限屆滿時，得向本行請求刪除、停止處理或利用 臺端之個人資料。惟依該項但書規定，本行因執行業務所必須或經 臺端書面同意者，不在此限。

三、臺端如欲行使上述個資法第三條規定之各項權利，有關如何行使之方式，得向營業單位或利用本行客服專線 412-2222 (以市話計費) 或免付費服務專線0800-365-889詢問或於本行網站(網址：<https://www.chb.com.tw>)查詢。

四、臺端得自由選擇是否提供相關個人資料及類別，惟 臺端所拒絕提供之個人資料及類別，如果是辦理業務審核或作業所需之資料，本行可能無法進行必要之業務審核或作業而無法提供 臺端相關服務或無法提供較佳之服務，敬請見諒。

五、本行利用 臺端個人資料進行行銷時，臺端得向本行表示拒絕接受行銷。

六、經本行向 臺端告知上開事項後，臺端已明確知悉本行蒐集、處理或利用 臺端個人資料之相關內容無誤。

銀行收執聯

業務類別	業務特定目的及代號	共通特定目的及代號
其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務，或經主管機關核准辦理之其他有關業務	合作推廣業務	040 行銷 059 金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用 060 金融爭議處理 061 金融監督、管理與檢查 063 非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用 069 契約、類似契約或其他法律關係管理之事務 090 消費者、客戶管理與服務 091 消費者保護 098 商業與技術資訊 104 帳務管理及債權交易業務 136 資(通)訊與資料庫管理 137 資通安全與管理 157 調查、統計與研究分析 177 其他金融管理業務 182 其他諮詢與顧問服務

受告知人(要保人)：_____ (簽名或蓋章) 日期：_____年 _____月 _____日

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業務之需要(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。
- 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。

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。



TOKIOMARINE
NEW A

新安東京海上產險

台北總公司：10488 台北市中山區南京東路三段130號8-13樓
新北分公司：23444 新北市永和區保生路1號23樓
桃園分公司：33045 桃園市桃園區中正路1071號12樓之1
台中分公司：40457 台中市北區進化北路240號
台南分公司：71067 台南市永康區中正南路30號16樓
高雄分公司：81366 高雄市左營區裕誠路394號7樓

電話：(02)8772-7777
電話：(02)2928-2277
電話：(03)317-6671
電話：(04)2234-1399
電話：(06)251-1212
電話：(07)558-7233