



TOKIOMARINE
NEW A

新安東京海上產險

新安東京海上產物個人傷害保險

核准日期及文號：

92年04月09日(92)安字第032號函核備

99年12月06日新安東京海上99字第0686號函備查

100年03月01日新安東京海上100字第009201號函備查

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，
讓您享受更好的意外及意外醫療照顧，不用擔心拖累
家人，讓您平安在外無後顧之憂

保障內容	計劃別及投保職業類別	A	B	C	D
15歲以下兒童					
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(分級給付)		200萬	200萬	200萬	200萬
意外傷害新看護費用給付		100萬	100萬	100萬	100萬
特定交通意外事故骨折給付				10萬元	10萬元
意外傷害緊急醫療救護費用		3000元	3000元	3000元	3000元
傷害醫療住院慰問金給付(連續住院三天以上)		3000元	3000元	3000元	3000元
傷害醫療保險給付- 住院日額型(最高90日)		2000元	2000元	1000元	1000元
意外傷害加護病房給付(最高90日)		另加2,000元	另加2,000元	另加2,000元	另加2,000元
燒燙傷病房給付(最高90日)		另加2,000元	另加2,000元	另加2,000元	另加2,000元
保費		936元	1,075元	1,050元	1,189元
以下保障為外加式保障(須加費購買)					
選擇型傷害醫療保險給付二擇一		3萬(意外醫療正本單據)/1,200元(住院津貼)			
保費		345元			
註：本商品限0歲-15歲兒童購買。 註：選擇型傷害醫療保險給付(二擇一)單一事故最高給付上限不超過3萬 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					

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 <http://www.tmnwa.com.tw>

【本簡介僅供參考，詳細內容以保單條款為準】

新安東京海上產物傷害暨健康險業務員報告書

被保險人姓名：_____	要保日期：_____年_____月_____日
1. 要保人/被保險人的投保動機是： <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. 要保人/被保險人的投保是： <input type="checkbox"/> 業務員主動對其招攬 <input type="checkbox"/> 主動投保	
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. 本人(業務員)是否為合法登錄於新安東京海上產險或要保書上所載之保險經紀人/保險代理人公司之合格業務員： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
7. 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"/> 20萬~29萬 <input type="checkbox"/> 30萬~39萬 <input type="checkbox"/> 40萬~49萬 <input type="checkbox"/> 50萬~59萬 <input type="checkbox"/> 60萬~69萬 <input type="checkbox"/> 70萬~79萬 <input type="checkbox"/> 80萬~89萬 <input type="checkbox"/> 90萬~99萬 <input type="checkbox"/> 100萬~149萬 <input type="checkbox"/> 150萬~199萬 <input type="checkbox"/> 200萬及以上	
8. 業務員是否已協助確認要被保險人，被保險人與受益人的關係： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
9. 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	
本人茲確認上述事項均已據實回答，如有第2~6項未據實回答並因而造成貴公司之損害者，本人願負擔招攬不實所致之損害賠償責任。 業務員簽名：_____年_____月_____日	