

一份完整的保障，
給您真正的心安。

真心安癌症健康保險

雙重癌症防護

惡性腫瘤與特定器官原位癌均納入保障範圍之內，並採單筆理賠支付，等同優先提供保戶一筆醫療費用預備金。

多重日額保障

貼心提供【癌症住院醫療保險金】與【癌症出院後療養金】給付，不僅可彌補住院病房差額也可補償被保險人住院期間的薪資損失。

照顧身後需求

額外提供【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，可安心接受癌症治療。

投保須知

(本保險商品為非保證續保之健康保險)

- 一、保險期間：一年。
- 二、等待期間：本商品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。
- 三、投保年齡：新保件0~60歲，可續保至60歲
- 四、續保保費：續保件經本公司同意後，可依原保額續保，並依當年度「投保年齡」對應之續年度保費收費。
- 五、如已給付「初次罹患癌症保險金」，隔年續保僅承保「癌症身故保險金」、「癌症住院醫療保險金」、「癌症出院後療養保險金」三項保障內容，並扣除「初次罹患癌症保險金」、「特定器官原位癌保險金」兩項保障保費。上述狀況不須重簽要保書，但會在續保通知單上告知新保障內容與新保費。

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%，最低39%；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.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樓。

保障內容

保障內容	計畫A	計畫B	計畫C
癌症身故保險金	70萬	60萬	50萬
初次罹患癌症保險金	30萬	40萬	50萬
特定器官原位癌保險金	3萬	4萬	5萬
癌症住院醫療保險金（最高60日）	1,000元	1,000元	1,000元
癌症出院後療養保險金（最高60日）	1,000元	1,000元	1,000元

計劃別/保險金額（新台幣元）

計畫保費

專案計畫	計畫A		計畫B		計畫C	
年齡區間	首年	續年	首年	續年	首年	續年
0-19	119	159	139	185	157	209
20-29	270	362	324	433	378	506
30-39	996	1,327	1,184	1,576	1,371	1,827
40-49	2,937	3,914	3,393	4,523	3,849	5,131
50-60	6,375	8,501	7,180	9,571	7,983	10,644

※投保年齡計算：要保人在申請投保時，應將被保險人的出生年月日在要保書填明。被保險人的投保年齡，以足歲計算，但是未滿一歲的零數超過六個月者加算一歲。

※首年度保費係以上述續年保費(即年繳保費)之75%計收。

商品名稱	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
商品核准字號	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

新安東京海上產物健康保險要保書

- 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。
- 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>
- 本保險商品為非保證續保之健康保險。

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：□□□-□□		鄉鎮		縣市		市區		路街		段		巷		弄		號		樓		
	聯絡電話：手機：_____		國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍		與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人																
住家：_____ 公司：_____		<input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名)		<input type="checkbox"/> 其他 _____																	
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：□□□-□□		鄉鎮		縣市		市區		路街		段		巷		弄		號		樓		
	聯絡電話： <input type="checkbox"/> 同要保人/住家：_____		手機：_____		公司：_____																
	國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍		被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)?		被保險人是否領有身心障礙手冊或證明																
	<input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名)		<input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否																
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：																			
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： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍														
指定受益人與被保險人的關係： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位)																					
聯絡地址：_____ 聯絡電話：_____																					
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。																					
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 _____ 年 _____ 月 _____ 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)											
保單寄送方式	電子保單與實體保單二擇一 <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。
●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. 被保險人是否有兼業？ <input type="checkbox"/> 是(請說明兼業之工作內容)：_____ ; <input type="checkbox"/> 否
2. 被保險人目前之身高體重： 身高：_____公分 體重：_____公斤
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 女性被保險人回答：是否已確知懷孕？ <input type="checkbox"/> 是，已經_____週； <input type="checkbox"/> 否
※ 被保險人之健康情形若有上列 3-10 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)：_____

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、承保內容

保障項目	計劃別/保險金額(最高60日) (新台幣元)		
	<input type="checkbox"/> 計畫 A	<input type="checkbox"/> 計畫 B	<input type="checkbox"/> 計畫 C
癌症身故保險金	70 萬	60 萬	50 萬
初次罹患癌症保險金	30 萬	40 萬	50 萬
特定器官原位癌保險金	3 萬	4 萬	5 萬
癌症住院醫療保險金(最高60日)	1,000 元	1,000 元	1,000 元
癌症出院後療養保險金(最高60日)	1,000 元	1,000 元	1,000 元

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。
本保險商品期間屆滿後，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。

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

以下欄位不屬於要保書

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。

付款人中文姓名：_____ 持卡人與被保險人關係：本人 配偶 直系親屬 其他_____

身分證字號：□-□□□□□□□□□□ 持卡人電話：_____

發卡銀行：_____ 卡號：□□□□-□□□□-□□□□-□□□□

有效期限：至西元20□□年□□月(恕不接受當月到卡) 卡別：聯合信用卡 VISA MASTER JCB AE

持卡人簽名：_____ (請親自簽名並與信用卡簽名式樣相同，否則契約不生效力) 簽帳日期：_____

金融機構繳費

郵局劃撥 帳號：19305558 / 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

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，則本保險費繳帳單自動失效，本公司得重新收費。
3. 本繳帳單上所有欄位，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。

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 <input type="checkbox"/> 本人	
要保人：_____		被保險人：_____	
國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____		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_____		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：_____		法人負責人：_____	
法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (國名)		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"/> 親視營利事業登記證 <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			
非一般職業	001 律師(或其合夥人/受僱人)	006 寺廟、教會從業人員	011 藝術品/骨董交易商
	002 會計師(或其合夥人/受僱人)	007 外交人員、大使館、辦事處	012 拍賣公司
	003 公證人(或其合夥人/受僱人)	008 虛擬貨幣的發行者或交易商	013 基金會
	004 軍火商、不動產經紀人	009 當舖業	014 協會
	005 融資從業人員	010 寶石及貴金屬交易商	015 博奕產業公司
016 匯款公司			
017 外幣兌換所			
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"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明居住國家(地區)：_____。			
要保人或保人是否是現任(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)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明：_____。			
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/被保險人是否已在要保書上親自簽名：..... <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. 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			
13. 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			
14. 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_____			
15. 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。			
業務員簽名：_____		年____月____日 保經代簽署章：_____	

107.02

註：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。

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(○九三)
(二)人身保險(○○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構。

(三)地區：上述對象所在地區。
(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，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、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.tmnw.com.tw)，如有任何問題，請洽詢0800-050-119免付費客戶專線。

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