

守護您最摯愛的親人

113.12版

新老來保

【本保險為非保證續保之保險商品，本公司保留承保與否之權利】

1. 初次投保年齡：限五十足歲~七十六足歲，本保險續保年齡不得超過八十四足歲。
2. 依本保險條款第十九條規定，若續保年齡超過八十足歲，以八十足歲續保保額的百分之五十為爾後之續保保險金額，並以變更後的續保保險金額重新計算收取續保保險費，以逐年使本契約繼續有效。
3. 本保險相關保險給付保額皆採分項給付
 例：某甲如投保一百萬保額因搭乘水、陸、空大眾運輸工具而不幸罹難，可獲得之理賠金額為？
 Ans：保險給付內容1（意外身故/失能保險金）+ 保險給付內容2（水、陸、空大眾運輸傷害賠償保險金）= 300萬元

老來有保障、人人稱羨，送份保單表孝心，承諾雙親高品質的晚年生活保障。

保險金額100萬

※本商品為保險商品，受產物保險安定基金保障，非屬存款，故不受存款保險之保障。
 ※意外傷害事故：係指非由疾病引起之外來突發事故。

商品特色：晚年無憂，為銀髮族設計的保單

1. 專為高齡保戶(50~84歲)設計的傷害險保單。
2. 針對重大燒燙傷及重大失能提供增額保障，重大燒燙傷最高可請領50萬，重大傷害失能最高可一次請領110萬元(含意外失能保險金)。
3. 貼心的傷害醫療保障，提供住院日額給付(每日2,000元)，最高賠付90天。
4. 投保職業類別最廣泛，職業類別一~六類皆可承保，讓為家庭打拼一輩子的雙親可以享有最全面的保障。
5. 搭乘水陸空大眾運輸工具身故及失能最高給付300萬(含意外失能保險金)。

體況投保規定

1. **高血壓**
 如有正常持續服藥，控制良好者皆可投保。
2. **糖尿病**
 非胰島素依賴型糖尿病患者，近3個月平均空腹血糖120mg/dl以下者，或糖化血紅素7.0%以下者。
3. **癌症**
 病史發現時為0期或1期，且已接受治療者，本公司仍受理承保。
 ※其餘要保書上所告知之病史，本公司核保人員依風險考量評估後，仍可能做婉拒承保之決定。

不保事項

被保險人從事下列活動，致成死亡、失能或傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付保險金的責任：

- 一、被保險人從事角力、摔角、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等競賽或表演。
- 二、被保險人從事汽車、機車及自行車等競賽或表演。

【本簡介僅供參考，詳細內容以保單條款為準】

除外責任

被保險人因下列原因致成死亡、失能或傷害時，本公司不負給付保險金的責任。

- 一、要保人、被保險人的故意行為。
- 二、被保險人犯罪行為。
- 三、被保險人飲酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。
- 四、戰爭(不論宣戰與否)、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。
- 五、因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。

前項第一款情形(除被保險人的故意行為外)，致被保險人傷害或失能時，本公司仍給付保險金。

商品名稱	商品核准字號
新安東京海上產物新老來保個人傷害保險	108年04月01日新安東京海上108商字第0055號函備查 113年08月01日依金融監督管理委員會113年6月28日金管保壽字第11304207572號函修正
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
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	92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)。99年2月10日產健字第018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

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(免付費申訴專線及客服電話：0800-050-119)或網站(網址：<https://www.tmnawa.com.tw>)以保障您的權益，總公司：台北市南京東路三段130號8-13樓。

本保險所稱「住院」係指被保險人經醫師診斷其傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。但不包含全民健康保險法所稱之日間住院及精神衛生法所稱之日間留院/日間照護。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。



新安東京海上產物保險股份有限公司

Tokio Marine Newa Insurance Co., Ltd.

客服暨申訴專線：0800-050-119 官方網站：<https://www.tmnewa.com.tw>
電話：(02)8772-7777 總公司：104台北市南京東路三段130號8-13樓



商品條款

新安東京海上產物新老來保個人傷害保險要保書

- 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>
- 核准文號：113年12月20日新安東京海上113商字第0149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____年____月____日 身分證字號(統一證號) <input type="text"/>
	住 所： <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (通訊地址) _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ 路街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 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 _____ (國名)
	保單寄送方式： <input type="checkbox"/> 電子保單(E-mail/手機號碼) <input type="checkbox"/> 紙本保單 ※若無勾選或均勾選，則以紙本保單寄送 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 _____
	姓名： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期：民國____年____月____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"/> - <input type="text"/> (通訊地址) _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ 路街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 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 _____ (國名)
	被保險人是否仍就業： <input type="checkbox"/> 否(已退休) <input type="checkbox"/> 是，請填寫以下資料

服務機構名稱	職位(職稱)	職業類別 (由保險公司填寫)	第 _____ 類
工作內容(性質)	是否兼業 <input type="checkbox"/> 是，工作性質： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 否	代碼： <input type="text"/>	
詢問事項	※被保險人目前是否受有監護宣告？ ※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 <input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否

※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。

法定繼承人 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="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名)					地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 / <input type="checkbox"/> 同被保人住所
				<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名)					地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 / <input type="checkbox"/> 同被保人住所
				<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名)					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

保險期間：自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日午夜12時起一年止

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。

(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(指收縮壓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。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(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。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
上述告知「是」者，請補充說明：病名： <input type="text"/> 約初次發現日期： <input type="text"/> 目前是否治療中： <input type="text"/> 是否痊癒： <input type="text"/>	

三、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 本人已知悉並明瞭「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」之內容及約定(幣別/單位：新臺幣/元)

保障項目		保險金額
新老來保個人傷害保險		100 萬
大眾運輸工具傷害賠償保險金給付(以乘客身分)		200 萬
重大傷害失能保險金給付(符合失能等級1級)		10 萬
重大燒燙傷保險金給付(分級給付)		50 萬
傷害醫療保險金給付-住院日額(最高90日) (內含骨折未住院保險金最高給付為日額30倍)		2,000 元
燒燙傷病房保險金給付(最高90日)		1,000 元
住院慰問保險金給付(連續住院3日以上)		3,000 元
投保年齡	50~59 歲	<input type="checkbox"/> 2,380 元
	60~69 歲	<input type="checkbox"/> 3,974 元
	70~76 歲	<input type="checkbox"/> 7,065 元

本人(要保人)已受告知並了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):	與被保險人關係:
(要、被保險人未成年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	招攬人員簽名	保經、代公司簽章	
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	核對	輸入	受理

以下不屬於要保書範圍

無高血壓疾病情況，無需填寫

高血壓紀錄表 1. 身高 _____ cm 2. 體重 _____ kg 3. 是否有持續正常服藥 是 否

本人(要保人)已審閱 貴公司所提供之保險單條款

要保人簽名: _____ 法定代理人/監護人簽章: _____
(要保人未成年或受監護宣告者須簽章)

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: 要保人、被保險人、指定受益人
 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)

卡號: _____ 有效期限: 至西元20____年____月____日 (恕不接受當月到期卡)

發卡銀行: _____ 卡別: 聯合信用卡 VISA MASTER JCB AE 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： 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 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)	要保人與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 被保險人： 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		
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商	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"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明居住國家(地區)：		
B. 要保人或被保險人是否現任(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：		
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"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
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及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)(單位：萬)	<input type="checkbox"/> 20 以下 <input type="checkbox"/> 20-39 <input type="checkbox"/> 40-59 <input type="checkbox"/> 60-79 <input type="checkbox"/> 80-99 <input type="checkbox"/> 100-149 <input type="checkbox"/> 150 以上，其他收入來源：金額		
13. 被保險人工作年收入(新台幣)(單位：萬)	<input type="checkbox"/> 20 以下 <input type="checkbox"/> 20-39 <input type="checkbox"/> 40-59 <input type="checkbox"/> 60-79 <input type="checkbox"/> 80-99 <input type="checkbox"/> 100-149 <input type="checkbox"/> 150 萬以上，其他收入來源：金額		
14. 要保人/被保險人家庭年收入(新台幣)(單位：萬)	<input type="checkbox"/> 20 以下 <input type="checkbox"/> 20-39 <input type="checkbox"/> 40-59 <input type="checkbox"/> 60-79 <input type="checkbox"/> 80-99 <input type="checkbox"/> 100-149 <input type="checkbox"/> 150-199 <input type="checkbox"/> 200 以上		
15. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，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		
16. 其他有利於核保之資訊(經攬人補充說明)	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"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
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形式出單者適用)	<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。			
保經代公司章： 招攬人員簽名： 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及保險商品不適合 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五十萬元以上。

113.11.18版

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，告知下列事項，敬請 貴客詳閱及知悉：
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之業務(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提供契約書內容。
三、個人資料之來源：(一)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)司法警署機關、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今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處理中心、台灣業據交換所、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。
(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，本(分)公司保有本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、若未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)：本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、遲延或無法提供本端相關服務或給付。
【註】上開告知事項已公告於本公司官網(https://www.tnnewa.com.tw)，如有任何問題，請洽詢0800-050-119 免付費客戶專線。

2023.11.15 V.1.1

新安東京海上產險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，另需經被保險人書面同意，始得辦理；若被保險人事故，則需經被保險人之法定繼承人書面同意。
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自給付保險金之責任。
(二)各商品保險契約所約定之除外責任(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)；或本公司網站客戶服務信箱：<https://www.tnnewa.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

兆鎮國際保險經紀人有限公司【財產保險商品】書面分析報告

同一被保人買多份可寫在同一張(續保件且投保條件相同者免提供)

日期:

基本資料			
要保人 (法人為名稱及代表人)		被保險人 【與要保人關係】	
姓名		姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人
身份証字號		身份証字號	
生日/職業/性別	/ / <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日/職業/性別	/ / <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
投保強制險必填	車牌號碼		車輛種類
保險需求 (一年傷害險續保+強制險+火災險保額相同續保件免填)			
本次投保之目的及需求		<input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)_____	
欲投保之保險種類		1. <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 團體險 <input type="checkbox"/> 火災保險 <input type="checkbox"/> 責任險 <input type="checkbox"/> 工程險 <input type="checkbox"/> 運輸險 <input type="checkbox"/> 其他..(請說明)_____	
保險期間		_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日	
欲投保之保險金額		<input type="checkbox"/> 保額:_____萬/元, 醫療:日額_____元/實支:_____萬元 <input type="checkbox"/> 海外突發疾病: (旅平險適用) <input type="checkbox"/> 強制險依政府規定之保額	
是否已有投保其他商業保險?		<input type="checkbox"/> 是, _____保險公司, <input type="checkbox"/> 否	
是否有指定之保險公司		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請說明)	
是否已有投保其他商業保險之有效保險契約		<input type="checkbox"/> 是, _____保險公司, <input type="checkbox"/> 否	
保險費支出			
預估繳交之保險費金額		新臺幣: _____元	
業務員建議事項及資訊揭露及報酬收取			
保險公司名稱及概況		_____產物保險股份有限公司 提供 <input type="checkbox"/> 保險公司網站 <input type="checkbox"/> 保發中心網站 查詢概況	
投保內容		主約: <input type="checkbox"/> 同意自動續保 <input type="checkbox"/> 不同意自動續保	
欲投保之保險金額		主約: _____萬 <input type="checkbox"/> 依估價單內容為準	
保障範圍		<input type="checkbox"/> 死殘保障 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 財產保障 <input type="checkbox"/> 責任保險 <input type="checkbox"/> 其他_____	
保險費		保費: _____元	
建議投保保險公司理由		<input type="checkbox"/> 保障完整 <input type="checkbox"/> 符合需求 <input type="checkbox"/> 客戶指定 <input type="checkbox"/> 其他	
報酬收取說明		◎本公司依規定無另行向要保人收取任何型式報酬	

防制洗錢風險評估檢核表

項目	風險	備註
地域風險	<input type="checkbox"/> 本國保戶 <input type="checkbox"/> 外國保戶 <input type="checkbox"/> 自然人 <input type="checkbox"/> 非自然人	1. 本國保戶:一般風險 2. 外國保戶&非自然人(高洗錢及資恐風險黑名單):高風險
保戶風險	<input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類	第1類: 包含當舖、金融代辦中心、地下匯兌、賭場、賽馬或賭博相關行業 第2類: 包含國內外政治人士、軍火商、珠寶、骨董或名畫古玩商、銀樓 第3類: 不動產買賣商、律師、會計師、貿易商、證券或期貨仲介經紀商 第4類: 前3類以外者
來源: <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 舊識轉介 <input type="checkbox"/> 親友&朋友 交易: <input type="checkbox"/> 業務員面對面 <input type="checkbox"/> 電銷 <input type="checkbox"/> 網路投保		
產品風險	<input type="checkbox"/> 未代收保費 <input type="checkbox"/> 有代收保費	1. 未代收保費者,為一般風險。 2. 有代收保費者,若屬高現金價值保單與保戶個人收入或資產有不相當者為高風險。
整體風險	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 高	前三項評估皆為高風險或其他資訊可判斷為高風險者,應婉拒代洽訂保險契約
※簽名確認 業務人員簽名:		登錄字號: _____ 日期: _____

保險經紀人履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

103年12月22日經總經理核准修正

兆鎮國際保險經紀人有限公司(下稱本公司)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) 保險經紀
- (二) 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:包含但不限姓名、身分證統一編號、聯絡方式等個人資料(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) 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、地區、對象、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、產、壽險公司、財團法人金融消費評議中心、業務委外機構、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. 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,因此將婉謝、延遲或無法提供相關服務。

被告知人:_____ (簽名)(要被保險不同人時均須簽名)

履行上開告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

105年03月15日經總經理核准修正

本公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定,關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用,除上述說明書所列告知事項外,就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用,將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意,本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人),本人已瞭解上述說明,並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內,為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明,此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

立同意書人(即被保險人)簽名:_____ 法定代理人簽名:_____

中華民國 年 月 日

10503