



新安東京海上產物保險股份有限公司

新安東京海上產物旅行平安保險要保書

總公司：台北市南京東路三段 130 號 8-13 樓 電話：(02) 8772-7777
核准文號：114 年 02 月 24 日新安東京海上 114 商字第 0007 號函備查

內部作業使用欄位

- 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。
- 本保險商品為非保證續保之健康保險。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。
- 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.tmnw.com.tw>

保單號碼：

受理號碼	要保序號		旅遊地區	
要保人	姓名/單位	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號/統一編號	出生日期
	通訊住所	聯絡電話		市話： 手機：
保險期間	自 年 月 日 時起，共計 日		國籍	
保單寄送	<input type="checkbox"/> 電子保單 <input type="checkbox"/> 紙本保單 ※若無勾選或均勻勾選時，有填寫 E-mail 或手機以電子保單寄送；無填寫 E-mail 或手機則以紙本保單型式寄送。 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」，若要保人未填寫手機號碼或郵件帳號(E-Mail)而無法寄送時，將改以紙本保單寄送。 E-mail：			

●被保險人及投保金額 (2 人以上時請詳附件被保險人名冊)

單位：新臺幣元

被保險人	姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	與要保人關係	身分證字號	出生日期
	通訊住所	是否已投保其他傷害醫療實支實付型商品			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	聯絡電話	市話： 手機：	目前是否受有監護宣告	<input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否	國籍
身故或喪失受益人	姓名(註2)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	與被保險人關係	身分證字號	出生日期
	通訊住所(註1)	分配方式(註2)	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位	聯絡電話(註1)	國籍
承保內容與保險金額(註3)					
總投保人數		人	總投保金額	元	保險費總計 元
備註					

註1：如身故/喪葬費用保險金受益人係身分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/喪葬費用保險金受益人之通知依據。註2：受益人若未指定則為法定繼承人，分配方式若無註明以均分辦理。註3：保險金受益人除身故或喪葬費用保險金外，均為被保險人本人，本公司不受理另行指定或變更。註4：以未滿十五足歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五足歲之日起發生效力。註5：新安東京海上產物海外突發疾病醫療健康保險附約，其所排除之法定傳染病，係依中華民國傳染病防治法第三條規定所稱之傳染病，並非依據入境國家之法定傳染病定義。
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。

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。

- 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。
- 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。

內部作業使用欄位	要保人(單位)簽名欄 ※未成年者須請法定代理人簽名	被保險人/法定代理人簽名 ※未成年者須請法定代理人簽名
	要保日期：民國 年 月 日	

●下欄由保險經紀人/代理人及保險公司填寫

業務單位	招攬人員簽名	保經、代公司簽章	保險公司管理人/員工編號	保險公司受理章	保險公司核保章
聯絡電話	登錄證字號				

內部作業使用欄位

第 X 頁，共 X 頁

新安東京海上產物旅遊綜合保險投保名冊

受理號碼	
要保人姓名	
要保單位	

編號	被保險人						身故或喪葬費用受益人					承保內容、保險金額(註3)與保險費(單位：新臺幣元)							被保險人/法定代理人簽名 ※未成年者須請法定代理人簽名	
	姓名	性別	與要保人關係	身分證字號	出生日期	國籍	是否已投保其他醫療實付型商品	目前是否有受保護宣告	姓名(註2)	與被保險人的關係	身分證字號	出生日期	國籍	身故或喪葬費用/失能保險金(註4)	傷害醫療保險金(保期內最高)	海外突發疾病住院醫療保險金(保期內最高)(註5)	海外突發疾病門診醫療保險金(保期內最高)(註5)	海外突發疾病急診醫療保險金(保期內最高)(註5)		保險費
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													/
	通訊住所				聯絡電話				通訊住所 聯絡電話(註1)			分配方式	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位							
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													/
	通訊住所				聯絡電話				通訊住所 聯絡電話(註1)			分配方式	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位							
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													/
	通訊住所				聯絡電話				通訊住所 聯絡電話(註1)			分配方式	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位							
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													/
	通訊住所				聯絡電話				通訊住所 聯絡電話(註1)			分配方式	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位							
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													/
	通訊住所				聯絡電話				通訊住所 聯絡電話(註1)			分配方式	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位							
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													/
	通訊住所				聯絡電話				通訊住所 聯絡電話(註1)			分配方式	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位							
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													/
	通訊住所				聯絡電話				通訊住所 聯絡電話(註1)			分配方式	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位							
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													/
	通訊住所				聯絡電話				通訊住所 聯絡電話(註1)			分配方式	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位							
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													/
	通訊住所				聯絡電話				通訊住所 聯絡電話(註1)			分配方式	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位							

備註

註1：如身故/喪葬費用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/喪葬費用保險金受益人之通知依據。註2：受益人若未指定則為法定繼承人，分配方式若無註明以均分辦理。註3：保險金受益人除身故或喪葬費用保險金外，均為被保險人本人，本公司不受理另行指定或變更。註4：以未滿十五足歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五足歲之日起發生效力。註5：新安東京海上產物海外突發疾病醫療健康保險附約，其所排除之法定傳染病，係依中華民國傳染病防治法第三條規定所稱之傳染病，並非依據入境國家之法定傳染病定義。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。

內部作業使用欄位