



新安東京海上產物個人責任保險要保書

總公司：台北市南京東路三段 130 號 8 樓 電話：(02) 8772-7777 客服及免費申訴電話：0800-050-119
如欲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.tmnwa.com.tw> 查詢

104 年 06 月 15 日新安東京海上 104 商字第 0153 號函備查
107 年 10 月 12 日新安東京海上 107 商字第 0250 號函送保險商品資料庫

本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業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。

保 險 單 號 碼		字第		號 本保單係		字第		號保單之續保		
要 保 人	姓 名	男□女□	身分證字號			出生年月日	民國	年	月 日	
保 險 人	住所(通訊地址)	□□□-□□ □□□□ 縣市 □□□□ 鄉鎮市區 □□□□ 路街 □□□□ 巷 □□□□ 弄 □□□□ 號 □□□□ 樓								
	聯絡電話	手機號碼：		國籍		□ 本國籍 □ 外國籍 (國名)		與被保險人關係		
被 保 險 人	姓 名	男□女□	身分證字號			出生年月日	民國	年	月 日	
保 險 人	住所(通訊地址)	□ 同要保人/ □□□-□□ □□□□ 縣市 □□□□ 鄉鎮市區 □□□□ 路街 □□□□ 巷 □□□□ 弄 □□□□ 號 □□□□ 樓								
	聯絡電話	住家電話：		工作處所電話：		□ 同要保人/ 手機號碼：		國籍：□ 本國籍 □ 外國籍 (國名)		
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 _____ 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。								
保 險 期 間	自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日午夜十二時起至一年									
被 保 險 人 投 保 經 歷	是否同時或已投保其他保險公司之實支實付型醫療保險商品？□是□否(勾選是者，請說明：保險公司名稱：_____ 同業投保金額：_____ (附加選擇型傷害醫療給付附加條款之被保險人，若勾選“是”者，無收據正本，則僅限選擇定額型給付；勾選“否”者，若選擇實支實付型給付，須提供收據正本。被保險人有投保本公司或已通知有投保其他家保險公司實支實付醫療保險，而本公司未拒絕承保者，對同一保險事故已獲其他保險契約給付部份仍應負給付責任)。									
投 保 內 容						保 險 金 額 (新 台 幣 元)				
						<input type="checkbox"/> A 計劃	<input type="checkbox"/> B 計劃	<input type="checkbox"/> C 計劃		
個人責任保險(第三人傷亡、財產損失且無自負額)						5萬	5萬	5萬		
個人責任保險附加五福臨門個人傷害保險(意外身故或喪葬費用保險金、失能保險金、特定天災保險金)						200萬	300萬	500萬		
傷 害 保 險 特 定 事 故 給 付 附 加 條 款		水、陸、空大眾運輸事故給付(以乘客身份)				另加1,800萬	另加1,700萬	另加1,500萬		
		國內非大眾運輸事故給付(以乘客身份)				另加200萬	另加300萬	另加500萬		
		地震、閃電或雷擊之特定天災事故給付				另加200萬	另加300萬	另加500萬		
		颱風、洪水天災事故給付				另加200萬	另加300萬	另加500萬		
傷害醫療保險給付附加條款(日額型)(最高90日)						1,000元/日	1,000元/日	1,000元/日		
選擇型傷害醫療保險給付附加條款(二擇一)(選擇 a：正本收據給付、選擇 b：住院津貼(保額x4%))						a. 3萬 b. 1,200元	a. 5萬 b. 2,000元	a. 5萬 b. 2,000元		
傷害保險加護病房給付附加條款(最高90日)						另加2,000元/日	另加2,000元/日	另加2,000元/日		
傷害保險燒燙傷病房給付附加條款(最高90日)						另加2,000元/日	另加2,000元/日	另加2,000元/日		
傷害保險重大燒燙傷給付附加條款(依燒燙傷等級分級給付)						150萬	150萬	200萬		
傷害保險新看護費用給付附加條款(一次給付型)						150萬	150萬	200萬		
傷害保險住院慰問保險金給付附加條款(每一事故連續住院達(含)三日以上時給付)						2,000元/次	2,000元/次	5,000元/次		
傷害保險緊急醫療救護費用給付附加條款(依每次實際費用支付，同一事故最多以五次為限)						2,000元	2,000元	2,000元		
年 繳 專 案 保 險 費		職 業 類 別 第 1 - 3 類				3,270元	4,453元	6,462元		
		職 業 類 別 第 4 類				5,985元	8,403元	-		
自 動 續 保 附 加 同 意 書		本人(要保人或被保險人)同意加保新安東京海上產物自動續保(甲型、乙型)附加條款，依該附加條款之約定，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續保後，本要保書所列之要保人投保項目得自動續保繼續有效。□ 同意 □ 不同意 (甲型：未滿15足歲適用；乙型：滿15足歲適用)								
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。										
告 知 事 項	被 保 險 人 之 職 業	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	□ 否 □ 是，工作性質：_____						
	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140mm舒張壓 90 mm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、帕金森氏症。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。 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。								□ 是 □ 否	□ 是 □ 否
上述告知「是」者，請補充說明：病名：_____ 大約初次發現日期：_____ 目前是否治療中：_____ 是否痊癒										
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										

※如需參考其他相關商品資訊，可查閱本公司網站或洽服務人員辦理。

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) 本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」,另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」,本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
(四) 本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定,於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料,有蒐集、處理及利用之權利。
(五) 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: (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: 年 月 日

以下欄位由本公司填寫			合作金庫營業單位填寫欄				保經代簽署欄
複核	核保	經辦代號	分行連線代號	聯絡電話	保險業務員親自簽名	主管覆核	
			分行名稱	分機	登錄字號	受理日期	
							受理編號

以下不屬於要保書範圍

如以信用卡繳費請填妥下列資料:本人授權之信用卡帳戶扣除下列勾選之應付之保險費。本人將遵守信用卡合約書之規定並於終止授權時立即通知新安東京海上產物保險公司。

首期 續期
VISA CARD MASTER CARD JCB CARD 聯合信用卡 持卡人簽名: (與信用卡上之簽名一致)
信用卡帳號: 持卡人與被保險人關係: 本人 配偶 直系親屬 其他:
有效期限: 至西元 年 月 日 持卡人出生年月日: 民國 年 月 日

續期繳款方式:(若同意附加自續保條款,要、被保險人請於下方欄位簽名)

1. 信用卡扣款
2. 帳戶扣款(請檢附自動轉帳付款授權書) 要保人: (親自簽名) 被保險人: (親自簽名)

保單寄送 要保人通訊地址(住所) 郵寄保險業務員,並轉交要保人(如未指定,一律寄要保人通訊地址)

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	
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 _____ (國名) 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)		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 _____ 法人負責人: _____ 法人註冊地: <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (國名) 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)	
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 股 業	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
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): <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. 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			
14. 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			
15. 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: _____, 投保人名稱: _____, 投保金額 _____			
16. 其他有利於核保之資訊(經攬人補充說明): _____			
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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
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			
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: _____	

註1: 本報告書之部分問項係依據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: 專業人員: 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經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託轉移之委託投資資產; 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五千萬元以上。

109.01

投保須知



投保規則



保險專案特色



新東京海上產險履行個人資料保護告知義務內容

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 台灣諸君周知及知悉:

- 一、蒐集目的:
 - (一)財產保險 (O九三)
 - (二)人身保險 (O〇一)
 - (三)其他經適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:
 - (一)其他適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:
 - 1.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、其他得以直接或間接方式識別該個人之資料,詳細相關業務申請書或契約書內容。
 - 2.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)司法實業機關、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)各監護院所。
 - 3.與與第二項共同行銷、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在來之第三人、地區、對象及方式:
 - (一)期間:
 - (二)對象:
 - 4.利用之期間、地區、對象及方式:
 - (一)期間:
 - (二)對象:

- 三、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、本投保使用通知: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:被保險權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報或書面通知本公司,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,若被保險人、被保險人或受益人書面同意,始得辦理;若被保險人身故,則需經被保險人之書面同意,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准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,依約定定率理賠程序後,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之除外責任(原因),本公司不負給付保險金之責任,請貴客戶務必詳閱保單條款及相關規定。
 - 六、客戶應負擔之費用及運約金(包括收取時點、計算及收取方式):貴客戶除繳交保險費外,無需繳交其他任何費用及運約金。
 - 七、本公司保險商品悉依保險法令相關規定辦理,並在法妥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

- 九、**免費服務電話: 0800-050-119按3; 或本公司網站客服信箱: https://www.tmevwa.com.tw**
- **進入「客戶服務」** → **進入「聯絡我們」**, 即可留下說明內容。

- 1.投保年齡:
 - ◆初次投保需滿15足歲(70足歲(超過70足歲即不得投保)),並經本公司核保同意續保後,可續保至75足歲。
 - ◆選擇附加自動續保附加條款者,不須逐年填寫要保書及健康告知,新東京海上產物保險股份有限公司(以下簡稱新東京海上產險)將自動續保至75足歲,但新東京海上產險保有承保與否之權利。
 - ◆未選擇附加自動續保條款者,需逐年填寫要保書及健康告知,亦可續保至75足歲;但新東京海上產險保有承保與否之權利。
- 2.職業類別:
 - ◆計畫A、B:職業類別1-4類可投保。
 - ◆計畫C:職業類別1-3類可投保。(以上依照新東京海上產險職業分類表分類)
- 3.被保險人變更其職業或職務時,要保人或被保險人應務必通知新東京海上產險。為保障被保險人權益,如日後職業變更更屬不承保者,請務必通知新東京海上產險辦理退保,如未通知,於保險事故發生時新東京海上產險將不予理賠並終止該保險契約,另自事故發生日起按日退還未到期保險費。
- 4.投保限制:
 - ◆家管、學生及退休人員限投保計畫A、B。
 - ◆本保險專案同一被保險人限投保之次,且同一被保險人於新東京海上產險之所有意外傷害保險(含附加特定事故或加倍後之保額)之累計保額為新臺幣3,000萬元,若超過此金額者不受理要保。
- 5.體檢及相關投保規定:
 - ◆無須體檢,但被保險人須於要保書健康告知,新東京海上產險保有承保與否之權利。
 - ◆患有下列疾病且符合告知內容者需告知,若該疾病已超過新東京海上產險所能承擔之風險考量即不受理要保:
 - 高血壓(指收縮壓140mmHG,舒張壓90mmHG以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤、腦中風、腦瘤、癲癇症、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神疾病、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病、酒精或藥物濫用成癮、敗血症、視網膜出血或剝離及視神經病變者。
 - 6.不保對象:
 - ◆未領有在台居留證及工作證之外籍人士、外籍勞工及外籍新娘,不予承保。
 - ◆四肢缺損畸形及機能障礙、聾啞、失明,不受理要保。
- 7.本保險專案不保職業:
 - ◆依新東京海上產險另訂下列不保職業:
 - ◆新東京海上產險分類表5-6類。(計畫C:職業類別第4類不受理要保)
 - ◆遠洋漁船船員、近海漁船船員、礦工、潛水工作人員、採石爆破工作人員、小汽艇之駕駛及工作人員、爆破工作人員、硫酸(鹽酸、硝酸)製造工、火藥爆竹製造及處理人員、戰地記者、特技演員、動物園馴獸師、高空機械修理、核燃料處理人員、核子化學工程工作人員、核工程環保人員、電力高壓電工程設施人員、鎮暴警察(保一、四、五總隊)、水上警察、空中警察、警務特勤小組(迅雷小組、霹靂小組)、危安小組、首長貼身安全人員、特種兵(傘兵、水中爆破兵、化學兵、負有佈雷爆破任務之工兵)、空中及海上服勤之官兵、軍事單位武器彈藥研究及管理人員、兵工廠人員(武器製造)、兩棲部隊、特種部隊、潛水教練及潛水人員、潛水教練及潛水人員、滑雪教練及滑雪人員、馬術教練及馬術人員、特技表演人員、雪車教練及雪車人員、滑翔機員教練及駕駛人員、汽車機車賽車教練及賽車人員、跳傘教練及跳傘人員。

全方位保障 投保輕鬆容易

- 1.各種意外事故保障完備
 - 以計畫C為例,一般事故意外保險高達新臺幣500萬元,乘客身分搭乘國內非大眾運輸工具所致之意外事故保險或特定天災事故保險高達新臺幣1,000萬元,獨享尊榮級待遇,各種意外保障需求均可獲得滿足。
- 2.一張保單購足全年份保險
 - 以計畫C為例,一天只需約新臺幣18元的費用,享受完整的保障。保險專案內容包含搭乘各種運輸工具之增額保險,具有旅行平安險的特色,讓您每一分的保險費之支出都能發揮最大的效益。
- 3.重大傷害醫療保障
 - 特別針對重大燒燙傷及意外傷害需長期看護提供保障,給您安心的醫療照護,以計畫C為例,重大燒燙傷最高可給付新臺幣200萬元。
- 4.傷害醫療保障陣容完備
 - 傷害醫療含選擇型傷害醫療保險給付(二擇一)、意外醫療住院日額、加護病房及燒燙傷加倍給付、意外醫療緊急救護費用等項目,提供完整、貼心的醫療防護。
- 5.免體檢,投保手續簡便,可自動續保至75足歲
 - 以計畫A、B為例,只要符合職業等級1-4類者,皆無須體檢。

新萬家安保險專案保障內容

詳細保障內容以保險單條款為準 幣別/單位:新臺幣/元/人

承保範圍	保障項目		
	計畫A	計畫B	計畫C
責任保障	個人責任保險(第三人傷亡財產損失且無自賠額)	5萬	5萬
意外醫療及重大傷	個人責任保險附加五福臨門(個人傷害保險)(意外身故或殘廢用保險金、失竊保險金、特定天災保險金)	200萬	300萬
	水陸、空大眾運輸事故給付(以乘客身份)	另加1,800萬	另加1,700萬
意外身故失能保障	特定事故給付附加	另加200萬	另加300萬
	地震、閃電、雷擊之特定天災事故給付	另加200萬	另加300萬
傷害醫療保障	險風、洪水天災事故給付	另加200萬	另加500萬
	傷害醫療保險給付(日額型,最高90日)	1,000元/日	1,000元/日
選擇型傷害醫療保險金給付	(二擇一)健體、正視矯治、運動、住院理賠(免稅)	a. 3萬	a. 5萬
	傷害保險加護病房給付(最高90日)	b. 1,200元	b. 2,000元
傷害醫療	傷害保險燒燙傷病房給付(最高90日)	另加2,000元/日	另加2,000元/日
	傷害保險燒燙傷病房給付(最高90日)	另加2,000元/日	另加2,000元/日
陣亡可領	傷害保險重大燒燙傷給付(或燒燙傷補助給付)	150萬	150萬
	傷害保險新看護費用給付(一次給付型)	150萬	150萬
傷害醫療	傷害保險住院院間保險金給付(每一事故連續住院達三日時給付)	2,000元/次	2,000元/次
	傷害保險緊急醫療救護費用給付(依每次實際費用支付同一事故最多以五次為限)	2,000元	2,000元
年繳專案保險費	職業類別1~3類	3,270元	4,453元
	職業類別4類	5,985元	8,403元
			6,462元
			--

備註:

- 1.意外失能保險條款依本保單條款附表「失能等級與給付金額表」中所訂之失能等級程度給付。
- 2.本保險專案附加條款補充說明:
 - 1.「新東京海上產物傷害保險」主條行為「保險限額給付附加條款」,對於直接或間接因任何恐怖主義之行為,致被保險人死亡或失能,新東京海上產險給付死亡或失能保險金最高以新臺幣二百萬元為限。(失能保險金依失能等級計算)。
 - 2.「新東京海上產物自動續保(乙型)附加條款」,要保人同意附加本條款時,經新東京海上產險核保同意續保,並繳付保險費後,新東京海上產險依約定逐年辦理自動續保。

第4頁,共4頁