

快樂童年專案3

給您的寶貝最百分之百的關懷

本專案僅適用被保險人已投保之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約或旅行平安保險契約，累計之喪葬費用保險金給付總和已達遺產及贈與稅法第17條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半，故無提供身故保障(喪葬費用保險金)，僅提供傷害失能及傷害醫療保障。



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障計畫
讓您享受更好意外醫療照顧
不用擔心拖累家人
讓您平安在外無後顧之憂

【本簡章僅供參考，詳細內容以保單條款為準】

- 註一：本商品限0歲~15歲兒童購買
- 註二：本商品附加自動續約條款，可續保至15歲
- 註三：投保A~D始得選擇加購附加保障項目

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(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(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)司法警察機關、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，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.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、遷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.tmnwa.com.tw)，如有任何問題，請洽詢0800-050-119 免費付費專線。 2021.03.12 V.1

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更改保險契約，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)前項契約之變更、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負給付保險金之責任。
(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.tmnwa.com.tw → 進入「客戶服務」→ 進入「聯絡我們」，即可留下說明內容。

商品名稱	商品核准字號
新安東京海上產物人身傷害失能保險	110年12月01日新安東京海上110商字第0305號備查
新安東京海上產物傷害保險看護費用給付附加條款	104年06月15日新安東京海上104商字第0172號備查
新安東京海上產物傷害保險重大傷殘給付附加條款	104年06月15日新安東京海上104商字第0160號備查
新安東京海上產物傷害保險燒燙傷皮膚植手術給付附加條款	104年06月15日新安東京海上104商字第0174號備查
新安東京海上產物傷害保險交通意外事故骨折給付附加條款	104年06月15日新安東京海上104商字第0163號備查
新安東京海上產物傷害保險加病病房給付附加條款	104年06月15日新安東京海上104商字第0155號備查
新安東京海上產物傷害保險燒燙傷病房給付附加條款	104年06月15日新安東京海上104商字第0175號備查
新安東京海上產物傷害保險住院期間保險金給付附加條款	104年06月15日新安東京海上104商字第0157號備查
新安東京海上產物傷害保險燒燙傷醫療保險給付附加條款	104年06月15日新安東京海上104商字第0170號備查
新安東京海上產物傷害保險緊急醫療看護費用給付附加條款	104年06月15日新安東京海上104商字第0173號備查
新安東京海上產物傷害保險輔助器具費用附加條款	105年02月01日新安東京海上105商字第0012號備查
新安東京海上產物自動車輛附加條款	107年01月12日新安東京海上107商字第0027號備查
新安東京海上產物傷害保險惡性行為保險限額給付附加條款	92.12.29財政部財保第99020073327號核准(公書) 99年02月10日產險字第018號備查 107年09月14日依金融監督管理委員會107年06月07日金管保字第10704158370號修正

- 本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其傷害必須入醫院，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第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據專業意見審核被保險人住院之必要性。
- 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(免費申訴專線及服務電話：0800-050-119)或網站(網址：https://www.tmnwa.com.tw)以保障您的權益。總公司：台北市中山區南京東路三段130號8-13樓。

新安東京海上產物傷害保險要保書

總公司：台北市南京東路三段130號8-13樓 客服及免費申訴電話：0800-050-119
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.tmnewa.com.tw> 查詢



人身保險
不保事項

- 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。110年12月01日新安東京海上110商字第0305號函備查

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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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) <input type="text"/> 縣市 <input type="text"/> 鄉鎮市區 <input type="text"/> 路街 <input type="text"/> 段 <input type="text"/> 巷 <input type="text"/> 弄 <input type="text"/> 號 <input type="text"/> 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 <input checkbox"="" type="text/>(國名)</td> </tr> <tr> <td>保單寄送方式：
<input type="/> 紙本 <input type="checkbox"/> 電子保單(務必填寫E-mail)；若無勾選則印製紙本保單寄送 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)，且不再另寄發紙本保單。 E-Mail： <input type="text"/> (僅限要/被保險人帳號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 <input type="text"/>
	姓名： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期：民國 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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) <input type="text"/> 縣市 <input type="text"/> 鄉鎮市區 <input type="text"/> 路街 <input type="text"/> 段 <input type="text"/> 巷 <input type="text"/> 弄 <input type="text"/> 號 <input type="text"/> 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 <input text"="" type="text/>(國名)</td> </tr> <tr> <td>服務機構名稱 <input type="/> 職位(職稱) <input type="text"/> 職業類別(由保險公司填寫) <input type="text"/> 第 <input type="text"/> 類
	工作內容(性質) <input type="text"/> 是否兼業 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，工作性質： <input type="text"/> 代碼： <input type="text"/>
	詢問事項

保險金受益人：本契約保險金受益人依條款所定為被保險人本人，本公司不受理另行指定。

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、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。

保障項目	計畫別/保險金額(新臺幣元)			
	計畫A	計畫B	計畫C	計畫D
個人傷害失能保險給付(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給付	200萬	200萬	200萬	200萬
新看護費用給付	100萬	100萬	100萬	100萬
特定交通意外骨折給付	X	X	10萬	10萬
緊急醫療救護費用給付	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元
住院慰問保險金給付(連續住院三天以上)	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元
傷害醫療給付日額型(最高90日)(含骨折未住院給付)	2,000元	2,000元	1,000元	1,000元
加護病房給付(最高90日)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
燒燙傷病房給付(最高90日)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
年繳保費	<input type="checkbox"/> 1,141元	<input type="checkbox"/> 1,250元	<input type="checkbox"/> 1,251元	<input type="checkbox"/> 1,360元
選擇加購保障項目	計畫A附加	計畫B附加	計畫C附加	計畫D附加
傷害醫療保險給付(實支實付型)	5萬	5萬	5萬	5萬
輔助器具費用給付	4萬	4萬	4萬	4萬
附加後年繳保費	<input type="checkbox"/> 1,614元	<input type="checkbox"/> 1,723元	<input type="checkbox"/> 1,724元	<input type="checkbox"/> 1,833元
<input type="checkbox"/> 自動續約附加條款同意書	同意自動續約者，請勾選，未勾選者，則視為不同意。同意者，本保險將附加「新安東京海上產物自動續約附加條款」。本人同意於本保險期間屆滿後，如被保險人已投保之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約或旅行平安保險契約，累計之喪葬費用保險金給付總和已達遺產及贈與稅法第17條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半，並經新安東京海上產物保險公司核保同意續保後，自本人提供之信用卡或帳戶中扣繳所需繳納之保險費，依自動續約附加條款之約定，逐年辦理自動續約。			

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。

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、被保險人未成年者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	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		
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

投保無喪葬費用保險金保險商品確認聲明書
適用商品：新安東京海上產物個人傷害失能保險

(未滿15歲被保險人適用)

茲因本次投保符合被保險人已投保之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約或旅行平安保險契約，累計之喪葬費用保險金給付總和(註1，不限貴公司，以下同)，已達遺產及贈與稅法第17條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半(註2)情形，本人(要保人、被保險人及其法定代理人)已充分瞭解並同意下列事項：

- 一、本人已於招攬過程中明確知悉，並已充分瞭解本次投保之保險商品無提供喪葬費用保險金。
- 二、本聲明書僅於初次投保時與貴公司確認，於未來續保時如欲改投保含喪葬費用保險金之保險商品，需由本人另行提出申請。

此致
新安東京海上產物保險股份有限公司

要保人簽名： _____ 要保人之法定代理人簽名： _____

被保險人簽名： _____ 被保險人之法定代理人簽名： _____

(未滿7足歲者，由法定代理人代為簽名；7歲(含)以上未成年且未婚者，由本人及法定代理人簽名。)

聲明日期：民國 _____年 _____月 _____日

(註1) 累計之喪葬費用保險金總和：係指被保險人於99年2月3日之前及109年6月12日以後投保人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約或旅行平安保險契約者，其喪葬費用保險金之總和。

(註2) 保險法第107條
以未滿十五歲之未成年人為被保險人訂立之人壽保險契約，除喪葬費用之給付外，其餘死亡給付之約定於被保險人滿十五歲時始生效力。前項喪葬費用之保險金額，不得超過遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半。前二項於其他法律另有規定者，從其規定。

本文件需簽名之欄位，已由簽名欄所稱之當事人本人親自簽名，且經業務員/執業經紀人(代理人)親視簽名無誤。

業務員/執業經紀人(代理人)簽名： _____ 簽署日期：民國 _____年 _____月 _____日

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： 本人

要保人：
 國籍： 本國籍 外國籍
 職(行業)： 一般職業 非一般職業·代號
 法人負責人：
 法人註冊地： 本國 外國 (國名)
 客戶屬性： 非專業客戶 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： 本國籍 外國籍
 職(行業)： 一般職業 非一般職業·代號
 法人負責人：
 法人註冊地： 本國 外國 (國名)
 客戶屬性： 非專業客戶 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： 經濟部商業司工商登記查詢 親視營利事業登記證 其他證明

法人發行無記名股票狀態： 無發行 已發行

非一般職業	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
-------	--	---	---	-----------------------

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? 是，請說明居住國家(地區)： 否

B. 要保人或保人是否是現任命(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)?
 是，請說明： 否

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?..... 是 否

1. 要保人/被保險人的投保目的及需求是： 家庭經濟保障 其他：

2. 要保人/被保險人和業務員的關係： 親戚 客戶 朋友 招攬前不認識 其他

3. 招攬經過： 業務員主動對其招攬 主動投保 他人轉介

4. 要保人/被保險人是否已於要保書上親自簽名： 是 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： 是 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： 是 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： 是 否

8. 身故受益人是否為本國國籍： 是 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)： 是 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： 是 否

11. 被保險人家中主要經濟來源者： 被保險人本人 被保險人之父親 被保險人之母親 被保險人之配偶 被保險人之子女 其他：

12. 要保人工作年收入(新臺幣)： 20萬以下 20萬~39萬 40萬~59萬 60萬~79萬 80萬~99萬 100萬~149萬 150萬以上，其他收入來源： 金額 萬

13. 被保險人工作年收入(新臺幣)： 20萬以下 20萬~39萬 40萬~59萬 60萬~79萬 80萬~99萬 100萬~149萬 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(新臺幣)： 20萬以下 20萬~39萬 40萬~59萬 60萬~79萬 80萬~99萬 100萬~149萬 150萬~199萬 200萬以上

15. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險： 是 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：

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： 是 否

18. 繳交保險費之資金來源： 工作收入或存款 貸款 借款 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(保險契約係以電子單型式出單者適用)..... 是 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。

業務員簽名： 年 月 日

保經代簽署章： 年 月 日

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經理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五千萬元以上。

財務資料

一、要保人基本資料	(1) 姓名： <input type="checkbox"/>	(2) 公司名稱： <input type="checkbox"/>	(3) 工作內容/職位： <input type="checkbox"/>
二、要/被保險人之財務狀況：	(1) 投保目的： <input type="checkbox"/> 增加保障 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/>	(2) 被保險人是否已投保或正在申請產險保單： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(如是，請勾選下列選項) 保險公司： <input type="checkbox"/> 險種類： <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險 保險公司： <input type="checkbox"/> 險種類： <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險	
	(3) 要保人家庭主要經濟者收入： <input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51萬~100萬 <input type="checkbox"/> 101萬~150萬 <input type="checkbox"/> 151萬以上 收入來源： <input type="checkbox"/> 薪資(<input type="checkbox"/> 萬) <input type="checkbox"/> 房租(<input type="checkbox"/> 萬) <input type="checkbox"/> 利息(<input type="checkbox"/> 萬) <input type="checkbox"/> 其他(<input type="checkbox"/> 萬)	(4) 要/被保險人或法定代理人扶(贍)養之人數： <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 3人 <input type="checkbox"/> 4人以上	

備註：1. 本公司依『個人資料保護法』之相關規定，對上述個人資料，不得透露予不相關之第三人。
 2. 本公司不得以上述個人資料主張保險法第64條之規定。

要保人簽名： 法定代理人簽名： 填寫日期： 年 月 日

信用卡繳費申請書 以下框處資料必填

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 (恕不接受當月到期卡)

發卡銀行： 卡別： 聯合信用卡 VISA MASTER JCB 持卡人電話： 簽帳日期： 年 月 日

持卡人簽名： 要保人簽章： 業務員確認簽核：

ATM轉帳 玉山商業銀行(808) 帳號：9 4 3 0 4 + 被保險人身分證英文字母代碼 + 9 位數字碼

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

範例：被保險人小明其身分證字號為 T234567890
 則小明專屬的繳費帳號如下：
 9 4 3 0 4 2 0 2 3 4 5 6 7 8 9 0
 新安企業辨識碼 身分證英文字母代碼 身分證數字碼

註：1. 持卡人同意以信用卡支付上開保險費金額予新安商業銀行(玉山商業銀行)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收單，則本保險費將由玉山商業銀行代收，本公司將重新收費。
 3. 本簽帳單上所有欄位，務請務必填寫完整，信用卡卡號、金額及簽名須字跡清晰，且不得塗改及摺疊。
 4. 保單服務人員(含業務員)須對簽帳單填寫內容審核無誤，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。