



**新安東京海上產物保險股份有限公司**  
TOKIO MARINE NEWA INSURANCE CO., LTD.

總公司：台北市南京東路三段130號8樓 電話：(02) 8772-7777  
核准文號：105年06月01日新安東京海上105商字第0072號函送保險商品資料庫  
109年01月01日新安東京海上109商字第0017號函送保險商品資料庫

**新安東京海上產物團體傷害保險要保書**

- 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>

保險單號碼	字第	號(本單係	字第	號續保)	保單份數	正本： 副本：
要保單位					統一編號	
通訊住所				電話	傳真	
營業處住所					國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍	(國名)
經營業務種類				業務代號		
被保險人	等共			人，詳被保險人名冊	與要保人關係	
保險期間	個月，自	年	月	日午夜12時起至	年	月
				日午夜12時止		

承保範圍	計畫別/保險金額(NT\$)			
	<input type="checkbox"/> 計畫A	<input type="checkbox"/> 計畫B	<input type="checkbox"/> 計畫C	<input type="checkbox"/> 計畫D
每一個人意外身故及失能保險金	100萬	200萬	300萬	500萬
特定事故附加條款-水陸大眾運輸	400萬	800萬	1,200萬	1,500萬
特定事故附加條款-空中大眾運輸	400萬	800萬	1,200萬	1,500萬
特定事故附加條款-國內非大眾運輸	50萬	100萬	100萬	100萬
重大燒燙傷給付附加條款	100萬	100萬	100萬	150萬
燒燙傷皮膚移植手術附加條款	100萬	100萬	100萬	150萬
新看護費用給付附加條款	100萬	100萬	100萬	150萬
傷害醫療給付附加條款(實支實付型)	3萬	3萬	3萬	5萬
緊急醫療救護附加條款	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
住院慰問給付附加條款(連續住院三天以上)	2,000元	2,000元	2,000元	3,600元
傷害醫療給付附加條款(住院日額型)	1,000元	1,000元	1,500元	1,500元
加護病房給付附加條款	1,000元	1,000元	1,500元	1,500元
燒燙傷病房給付附加條款	1,000元	1,000元	1,500元	1,500元

加選方案	無	-			
保險費(NT\$)	職業類別 1-2 類(年繳)	1,660元	2,650元	3,700元	5,750元
	職業類別 3 類(年繳)	1,880元	2,850元	3,900元	X
	職業類別 4 類(年繳)	2,950元	4,350元	5,950元	X
	職業類別 5-6 類(年繳)	4,450元	6,900元	X	X

其他約定事項 總保險費 元

**注意事項**

- 非身故型保險給付之保險金受益人均為被保險人本人，本公司不受理另行指定或變更。
- 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。
- 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。
- 本公司健康保險商品為非保證續保之健康保險。

- 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。
- 每一期分期保險費為年繳保費×繳費係數(月繳：0.088/季繳：0.262/半年繳：0.52) ※誤差值以系統計算為主。
- 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。

**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。

此致  
新安東京海上產物保險股份有限公司

要保單位/負責人簽章：  
要保日期： 年 月 日

以下欄位由保險公司及經攬單位填寫

複核	核保	校對	輸入	管理人姓名/員工編號	經辦代號	業務員簽名(親簽)	業務員登錄字號	保經代簽署章

加退保 註記	被保險人姓名	被保險人目前是否 受有監護宣告?	身分證字號	出生年月日	國籍	工作內容	是否接觸 高壓電	職業 等級	計畫別或 死亡及失能 保額(萬元)	保險費	加保日	退保日	被保險人簽名欄 (親簽)
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否			<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍____(國名)					____ <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費			
身故 保險金 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填聯絡地址與電話), 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____(國名) 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: _____												
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否			<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍____(國名)					____ <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費			
身故 保險金 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填聯絡地址與電話), 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____(國名) 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: _____												
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否			<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍____(國名)					____ <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費			
身故 保險金 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填聯絡地址與電話), 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____(國名) 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: _____												
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否			<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍____(國名)					____ <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費			
身故 保險金 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填聯絡地址與電話), 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____(國名) 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: _____												
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否			<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍____(國名)					____ <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費			
身故 保險金 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填聯絡地址與電話), 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____(國名) 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: _____												
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否			<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍____(國名)					____ <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費			
身故 保險金 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填聯絡地址與電話), 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____(國名) 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: _____												

《重要說明》

1. 上開被保險人之聯絡電話、地址同要保單位。
2. 水電工、水電工程行、電機業、電線電纜業、電力工程設施之架設、維護修理工及其它電力相關之工作人員, 請務必填寫是否接觸高壓電(施工時高壓電關閉視同有接觸高壓電)。
3. 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。

要保單位/負責人簽章:

## 團體傷害保險

## 健康告知書

## 一、基本資料

保單號碼：\_\_\_\_\_

要保單位 名稱	被保險人工作部門、 工作職稱或工作內容			
被保險人姓名	出生 年月日	民國 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號	投保身份		<input type="checkbox"/> 員工本人 <input type="checkbox"/> 員工配偶 <input type="checkbox"/> 員工子女 <input type="checkbox"/> 員工父母	
被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是(請提供) <input type="checkbox"/> 否 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____(國名)				

## 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、腎囊腫。(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 _____ 周; <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、告知事項簽名欄

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

## 四、保險公司內部作業欄

核保備註欄	複核主管/核保人員	初核人員	校對	輸入	受理