三井住友海上集團
明台產物保險
MSIG

員工通路專用　專注為您　全心守護

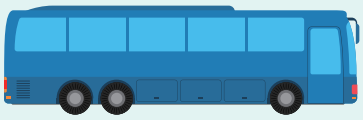


實足守護の好險+2.0

商品特色



意外身故或失能最高500萬元，給您實足的保障。
(以方案四為例)



涵蓋多項意外事故增額保障(大眾運輸工具、火災、地震、電梯、一氧化碳中毒)。

全新升級+



意外住院時，傷害醫療保險金最高達8萬元。
(以方案四為例)



住院日額保險金4,000元(最高90天)，骨折未住院最高12萬元。
(以方案四為例)



外出吃大餐免驚，食品中毒慰問保險金最高2,000元。



提供輔助器具費用保險金，增加保障內容。

商品名稱	明台產物新個人保障綜合保險C式、明台產物個人傷害保險一氧化碳中毒增額保險金附加條款、明台產物個人傷害醫療保險(實支實付型)住院醫療給付附加條款、明台產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款
商品給付項目	身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金、大眾運輸工具特定事故身故或喪葬費用保險金、大眾運輸工具特定事故失能保險金、地震特定事故身故或喪葬費用保險金、地震特定事故失能保險金、火災特定事故身故或喪葬費用保險金、火災特定事故失能保險金、電梯特定事故身故或喪葬費用保險金、電梯特定事故失能保險金、重大燒燙傷保險金、傷害醫療保險金、燒燙傷皮膚移植手術保險金、加護病房或燒燙傷病房保險金、特別看護費用保險金、住院慰問保險金、救護車運送保險金、輔助器具費用保險金、食品中毒慰問保險金、一氧化碳中毒增額保險金、實支實付傷害住院醫療費用保險金。
商品文號	113.07.31明精字第1130001036號函備查、115.08.03明精字第1150001050號函備查；115.07.29明精字第1150001047號函備查；113.12.31明精字第1130001909號函備查、114.10.09明精字第1140001337號函備查；92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准、107.08.31依金融監督管理委員會107年7月18日金管保壽字第10704938160號函修正。

※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）41%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點（客戶服務專線：0800-528-528）或網站（網址：https://www.msig-mingtai.com.tw），以保障您的權益。
※資訊公開聲明:本公司為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益 有關本公司資訊公開說明事項 請至本公司網址（https://www.msig-mingtai.com.tw）查閱，或至本公司總分支機構查閱或索取資訊公開之書面文件。
※本商品簡介僅供參考，詳細保單內容以保單條款為準，客戶投保前應詳細閱讀保單條款內容。
※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。

三井住友海上集團
MSIG 明台產物保險股份有限公司
總公司：臺北市中正區仁愛路二段 22 號　電話：(02) 2772-5678　傳真：(02) 2772-6666

※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。
※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。
※資訊公開聲明：本公司為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益，有關本公司資訊公開說明事項，請至本公司網址 (https://www.msig-mingtai.com.tw) 查閱，或至本公司總分支機構查閱及索取資訊公開之書面文件。
※免費申訴電話：0800-099-080。

明台產物新個人保障綜合保險 C 式要保書

113.07.31 明精字第 1130001036 號函備查

保險期間:自民國　　年　　月　　日午夜 12 時起，為期一年。

保險單號碼	第　　號，本單係　　第　　號續保

※要保人

姓　　名		□男 □女	代　表　人	
出生日期	年　　月　　日		身分證統一編號	
□ **電子保單(本人同意設定電子保單，且不寄送紙本保單)** ＊勾選電子保單行動電話或 E-MAIL 必填，若有缺漏則改發紙本 電話：　　行動電話：　　E-MAIL：				
住所(通訊地址) □□□□□□				

※被保險人

姓　　名	□同要保人	□男 □女	要、被保險人關係	
出生日期	年　　月　　日		身分證統一編號	
電話：　　行動電話：　　E-Mail：				
住所(通訊地址) □同要保人 □□□□□□				
是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？□是 □否 如勾選是者，請提供。 被保險人目前是否受有監護宣告？□是 □否 如勾選是者，請提供相關證明文件。				

※身故保險金受益人

姓名	身分證統一編號	與被保險人關係	保險金給付方式		
			受益人順位	比例%	均分

住所:　　電話:
身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金之通知依據。

※保險內容

保 險 項 目	保險金額(新臺幣元)			
	□方案一	□方案二	□方案三	□方案四
意外身故或失能保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
大眾運輸工具特定事故意外失能或死亡保險金	500 萬	500 萬	1,000萬	1,000萬
火災特定事故意外失能或死亡保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
電梯特定事故意外失能或死亡保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
地震特定事故意外失能或死亡保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
一氧化碳中毒增額保險金	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬
燒燙傷皮膚移植手術保險金	30 萬	30 萬	30 萬	30 萬
傷害醫療日額 住院醫療保險金日額/90 日	2,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日	4,000 元/日
傷害醫療日額 骨折未住院補償(依骨折別換算限額)	最高 6 萬	最高 9 萬	最高 9 萬	最高 12 萬
傷害醫療日額 加護病房或燒燙傷病房保險金日額/90 日	2,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日	4,000 元/日
重大燒燙傷保險金	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬
住院慰問保險金(連續住院三天)	1,000 元/次	1,500 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次
特別看護費用保險金	10 萬	10 萬	10 萬	10 萬
食品中毒慰問保險金(限一次)	2,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次
救護車運送保險金	最高 1,000 元	最高 1,000 元	最高 1,000 元	最高 1,000 元
輔助器具費用保險金	5 萬	5 萬	5 萬	5 萬
第 1~3 類保費	**1,806 元**	**2,921 元**	**3,947 元**	**5,910 元**
第 4 類保費	**3,546 元**	**5,835 元**	-	-
第 5 類保費	**5,408 元**	-	-	-
第 6 類保費	**6,898 元**	-	-	-
加 價 購 項 目	-	**□方案二 plus (限投保方案二勾選)**	**□方案三 plus (限投保方案三勾選)**	**□方案四 plus (限投保方案四勾選)**
每次實支實付傷害醫療保險金限額	方案一 不販售實支實付傷害醫療保險金	限額 2 萬	限額 2 萬	限額 3 萬
每次實支實付傷害住院醫療費用增額保險金		限額 2 萬	限額 3 萬	限額 5 萬
第 1~3 類保費		**896 元**	**998 元**	**1,316 元**
第 4 類保費		**1,867 元**	方案三 不販售 4、5、6 類	方案四 不販售 4、5、6 類
第 5 類保費		方案二 不販售 5、6 類		
第 6 類保費				
合計總保險費(新臺幣元)				
自動續約 □同意(若未勾選視為不同意)	要保人同意自動續約方式，依條款之約定於保險期間屆滿時，逐年自動辦理續約，並收取續約保險費。			

※告知事項

【本要保書所載告知事項，敬請對下列告知事項應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以影響本公司對危險的估計，依保險法第六十四條規定保險公司得解除契約。】

被保險人工作內容		服 務 機 關	
職　　稱		兼　　職	

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？…… □是 □否

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。

二.目前身體機能是否有下列障害？…… □是 □否

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〇·三以下。
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。

上述告知事項若勾選「是」者，請詳細說明項目，如有診療紀錄，請告知診治原因、大約診治日期、病名、治療方式、就診醫院、治療結果。

※聲明事項

一. 本人（被保險人）同意明台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）同意明台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）同意明台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。

※本人已知悉並明瞭「明台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、107.08.31 依金融監督管理委員會 107 年 7 月 18 日金管保壽字第 10704938160 號函修正）內容約定最高給付金額為新臺幣 200 萬元。

※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。

※本人(被保險人、要保人)已確認基本資料、告知事項及聲明事項之內容。

※有關本公司個人資料保護法告知義務內容，請至網址：https://msigmt.com/2z2cc 查閱。

本人（要保人、被保險人）知悉保險商品之「要保書」、「條款」、及「投保須知」均得於填寫要保書前至明台產險官網查詢或洽客服諮詢；於填寫要保書時，本人已於簽署前經合理天數詳細審閱上開文件，充分理解其內容，並同意遵守之。

要保人簽章：＿＿＿＿＿＿　**法定代理人簽章：**＿＿＿＿＿＿

（要保人為自然人者須加簽）　**（要保人未滿 18 歲或受監護宣告者須加簽）**

此　致　　明台產物保險股份有限公司

要保人親自簽名：＿＿＿＿＿＿　**法定代理人親自簽名：**＿＿＿＿＿＿

(要保人/被保險人為未成年者需加簽)

被保險人親自簽名：＿＿＿＿＿＿

(未滿 7 足歲者由法定代理人代簽)

申請日期：中華民國　　年　　月　　日

招攬單位填寫欄			明台產物填寫欄			
招攬人員簽章		保經、代公司簽章	經手人代號		經紀人代號	
			服務人代號		統計單位	
招攬人員登錄字號			輸　　入		核　　定	
招攬人員電話						
分行(公司)名稱/代號						

投保注意事項

＊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。

＊本保險商品為非保證續保之保險。

☑**保險期間：**一年

☑**投保年齡：**新保件滿 15 足歲 ~65 歲，可續保至 70 歲，但明台產物保險公司保有承保與否之權利。

☑**保額及不保限制：**

臨櫃件 200 萬元、學生 300 萬元、家管 200 萬元、無業 200 萬元、退休人員 200 萬元、農夫（含果農、茶農）200 萬元、自用貨車司機 200 萬元、懷孕婦女拒保、長期駐外人員 200 萬元、營造工程人員 100 萬元 (4-6 類)。(其餘未列出限保人員請參閱職業分類表)

☑**職業類別為：**1 ~ 6 類。

☑**身分別限制：**本國籍：限未投保本公司其他傷害保險專案。

外國籍：限未投保本公司其他傷害保險專案，且須檢附居留證明。

☑**親簽要保書：**依保險法規定保險契約訂定未經被保險人書面同意，其契約無效，要保書應由要保人及被保險人於簽名欄位內親簽。

☑**職業或職務變更的通知義務：**

要保書被保險人之工作內容欄位請務必詳實填寫，以加速保單審核時效。另為保障被保險人權益，被保險人變更其職業或職務時，要保人或被保險人應即時以書面通知本公司，被保險人所變更的職業或職務依照本公司職業分類在拒保範圍內者，本公司於接到通知將依保險契約約定辦理契約終止，另自職業變更日起按日計算退還未滿期保險費。

☑**實支實付型醫療保險（含傷害醫療）投保注意事項：**

- 本商品保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，本公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。
- 被保險人以自費身分診療者，依實際支付醫療費用之 70% 給付。(須附加實支實付傷害醫療保險)

☑**相關核保規定：**

- 無須體檢，但被保險人須於要保書做健康告知，明台產物保險 (股) 公司保有承保與否之權利。
- 被保險人過去二年內曾罹患要保書告知事項之疾病者，須另行填寫疾病問卷，個案評估審核。
- 被保險人目前身體機能有要保書告知事項之障礙者，須另行填寫機能障礙問卷，個案評估審核。

☑未盡說明事項，悉依主管機關、明台產物保險公司保單條款及核保作業相關規定處理。



三井住友海上集團

MSIG 明台產物保險股份有限公司

信用卡繳付保費授權書

☐自動續約
☐非自動續約
※以上選項請務必擇一勾選

首期保單號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿（由明台產物填寫）

續期保單號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿ 被保險人：＿＿＿＿＿＿＿＿ 保單簽帳金額：NT $ ＿＿＿＿＿＿＿＿

信用卡種類：☐聯合信用卡 ☐VISA ☐MASTER ☐JCB ☐AE 授權號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿（由明台產物填寫）

信用卡卡號：＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿ 發卡機構(銀行)：＿＿＿＿＿＿＿＿

持卡人姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿（請以正楷填寫） 有效期限：＿＿＿＿月＿＿＿＿年(西元)

持卡人身分證號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿＊必填 持卡人電話：＿＿＿＿＿＿＿＿

持卡人關係：＊請擇一勾選，若持卡人關係勾選為下列 3-8 及法人勾選 9-11者須檢附關係文件。

☐1要保人 ☐2被保險人 ☐3配偶 ☐4父母 ☐5子女 ☐6祖(外祖)父母 ☐7孫(外孫)子女 ☐8兄弟姊妹 ☐9法人 ☐10法人負責人 ☐11企業員工

信用卡繳付保費授權書約定事項（持卡人請詳閱，並於下方簽名表示同意）：

1.持卡人 同意以 信用卡 支付上開 保險費予 明台產物保險股份有限公司（下稱本公司）並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。

2.本授權書 效力及於本授權書所約定之保險單。若要保人於要保書勾選同意自動續約時，授權人同意 本公司得於保險 期間屆滿日（遇假日順延至次一營業日），逕行以本授權書所載明之信用卡扣款 支付不限次數之續期保費 。

3.授權人指定繳付之 「信用卡」 如有卡號變更、停用或有效期限到期等情事時，授權人應主動通知本公司 並重新填具授權書；如授權人未通知變更並重新填具授權書，而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，不生繳付保險費之效力。原授權書於新授權書生效後即行終止。授權人重填授權書前，本公司就其指定之信用卡卡號不變之年度續卡，仍得依本授權書向發卡機構請求信用卡授權繳付各期應繳保險費。

4.授權人如因發卡機構代收金額與應繳金額不符時，或對保險費計算、變動有異議者，除依本授權書約定終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力 。

5.授權人指定之信用卡不因日後簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。

6.本項交易若透過「信用卡輔助持卡人身分驗證平台」驗證授權人提供之卡號、身分證字號、有效期限等資料不符者，則本授權書失效，保險費視同未繳。

簽帳日期：民國＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

持卡人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿（簽名樣式請與信用卡一致） 要保人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿（簽名須與要保書一致）

☐**服務人員/業務員：＿＿＿＿＿＿＿＿已確認本授權書填寫之內容無誤，包含要保人與授權人簽名(章)、授權人所提供之信用卡資料、身分證統一編號及其關係等資訊。**

聲明事項：本人(持卡人)已知悉明台產物保險股份有限公司依個人資料保護法應告知予本人之事項，並充分瞭解明台產物保險股份有限公司蒐集、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(https://www.msig-mingtai.com.tw/)，敬請詳閱，如有任何問題歡迎洽詢本公司0800-528-528免付費客服專線。

三井住友海上集團
MSIG 明台產物保險股份有限公司

明台產物保險股份有限公司履行個人資料保護法告知義務內容

明台產物保險股份有限公司（以下稱本公司）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（如為間蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：

（一）財產保險 (O九三）（二）人身保險 (OO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：

一般個資（包括但不限於姓名、出生年月日、身分證統一編號、護照號碼、婚姻、職業、聯絡方式、財務情況及其他得以直接或間接方式識別個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容）、特種個資（病歷、醫療、健康檢查等，在法令許可範圍內者）。

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）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　（六）資料運用之政府機關與平台

四、個人資料利用之期間、對象、地區、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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、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、財團法人台灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、關貿網路股份有限公司、衛生福利部中央健康保險署、業務委外機構、本公司執行第一點蒐集目的所涉業務而往來之第三方、依法有調查權機關或金融監理機關、資料運用之政府機關與平台。

（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、遲延或無法提供 台端相關服務或給付 (視業務性質記載)。

【註】：上開告知事項已公告於本公司官網（https://www.msig-mingtai.com.tw/），如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800-528-528 免付費客服專線。

人身保險暨財產保險投保人（要 / 被保險人）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，本公司敬告要保人 / 被保險人（下稱　貴客戶）於投保前須特別注意下列事項：

一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知授權範圍；如業務員未主動出示或告知，請要求其出示並詳細告知。

二、告知義務：要保人對於本公司之書面詢問應據實說明，如有隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少本公司對於危險之估計者，本公司得解除契約；其危險發生後亦同。

三、貴客戶對於本保險契約之權利行使、變更、解除及終止之方式：

說明：被保險人如發生保險事故時，應依保險法相關法令及投保商品契約條款之約定，向本公司請求保險金。

(一) 權利之行使：由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過二年不行使而消滅。有左列各款情形之一者，其期限之起算，依各該款之規定：1. 要保人或被保險人對於危險之說明，有隱匿、遺漏或不實者，自保險人知情之日起算。2. 危險發生後，利害關係人能證明其非因疏忽而不知情者，自其知情之日起算。3. 要保人或被保險人對於保險人之請求，係由於第三人之請求而生者，自要保人或被保險人請求之日起算。(二) 契約變更：1. 貴客戶得隨時以書面通知本公司變更批改保險契約。2. 保險契約之一切通知除經雙方同意得以其他方式為之者外，雙方當事人均應以書面送達對方最後所留地址。3. 保險契約之任何變更，非經雙方同意且經本公司簽批者不生效力。4. 商品條款有停效約定者，本公司於契約停效期間不負給付保險金之責任。(三) 契約之解除及終止：1. 保險契約當事人之一方違背特約條款時，他方得解除契約；其危險發生後亦同。2. 保險契約得經要保人通知而終止之，並自終止之書面送達保險人之翌日起，保險契約失其效力；另契約若約定須經抵押權人同意始得變更或終止者，從其約定。

四、本公司對於本保險契約之權利、義務及責任：

本公司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。

五、貴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）：

貴客戶除繳交保費及另有約定之費用外，無須繳交其他任何費用及違約金。

六、本公司保險商品之重要內容，皆已登載於保單條款，可向本公司索取條款審閱，或於本公司網站 https://www.msig-mingtai.com.tw 瀏覽。

七、本保險商品悉依保險法令相關規定受保險安定基金之保障。

八、因本保險商品或服務所生紛爭之處理及申訴管道：

(一) 要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向本公司（免費申訴電話 0800-099-080）、財團法人金融消費評議中心或金融監督管理委員會申訴。(二) 如因保險契約爭議涉訟者，依據各項示範條款之約定，以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所在中華民國境外時，則以雙方約定之地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

人身保險投保人另應注意：

一、除外責任。說明：

(一) 保險公司依照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任。1. 要保人或受益人故意致被保險人於死者。2. 被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺，或因犯罪處死或拒捕或越獄致死者。(二) 此外在保險單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍，可以參閱。

二、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司於交付保險單及條款後，出具正式收據。為知道你投保的內容，及維護你的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

三、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。保險責任始期及續期保險費過期而未繳付，保險契約會自動停止效力。

四、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。

五、本保險商品受財產保險安定基金之保障。

三井住友海上集團
MSIG 明台產物保險股份有限公司

瞭解要/被保險人之需求及其適合度分析評估暨業務員報告書（人身保險適用）

要保人姓名：_____		被保險人姓名：_____(與要保人同一人無須填寫)
自然人	職業：□一般職業 □註一職/行業 _____(填代碼) 國籍：□本國籍 □外國籍_____(國名)	要保人與被保險人關係：_____ 職業：□一般職業 □註一職/ 行業_____(填代碼) 國籍：□本國籍 □外國籍_____(國名)
法人	行業：□一般行業 □註一職/行業 _____(填代碼) 法人負責人：_____ 法人註冊地：□本國 □外國_____(國名)	行業：□一般行業 □註一職/行業 _____(填代碼) 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(詳註三)

註一：高風險之行職業宜參考國家洗錢資恐及資武擴風險評估報告所列之高及非常高行業，2024年國家洗錢資恐及資武擴風險評估報告所列高及非常高行業類別如下:國際金融業務分行(OBU)、提供虛擬資產服務之事業或人員、本國銀行、國際證券業務分公司(OSU)、外國銀行在臺分行、國際保險業務分公司(OIU)、證券商、銀樓業、辦理儲金匯兌之郵政機構、人壽保險公司、會計師、律師、提供第三方支付服務之事業或人員、不動產經紀業、農業金融機構(含全國農業金庫、農會信用部及漁會信用部)。註二：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。註三：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。

本保件之招攬經過？□既有客戶 □親戚介紹 □朋友介紹 □陌生拜訪 □要保人主動投保 □其他_____
要保人與被保險人投保目的及需求：（可複選）□保障 □子女教育經費 □退休規劃 □房屋貸款 □其他_____
本保件家中主要經濟來源者：□要保人 □要保人之配偶 □要保人之父母 □被保險人 □其他_____
本次投保的保險費來源為：□薪資收入/公司紅利 □投資收入 □儲蓄 □退休金 □財產繼承/贈與 □保單借款 □房屋貸款 □保單之解約金
□其他，請說明：_____

要保人與被保險人財務狀況（新臺幣萬元為單位，以阿拉伯數字填寫）

		要保人(要保人為自然人時填寫)			被保險人(與要保人同一人無須填寫)		
財務狀況	個人工作年收入	約_____萬元	□50-74 萬元 □75-99 萬元	□100-199 萬元 □200-300 萬元	約_____萬元	□50-74 萬元 □75-99 萬元	□100-199 萬元 □200-300 萬元
	其他年收入 (如利息、投資等)	約_____萬元	□50-74 萬元 □75-99 萬元	□100-199 萬元 □200-300 萬元	約_____萬元	□50-74 萬元 □75-99 萬元	□100-199 萬元 □200-300 萬元
	家庭年收入	約_____萬元	□50-74 萬元 □75-99 萬元	□100-199 萬元 □200-300 萬元	約_____萬元	□50-74 萬元 □75-99 萬元	□100-199 萬元 □200-300 萬元
	資產(含動產與不動產)	新臺幣約		萬元	新臺幣約		萬元
	＊若要保人 / 被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和。 （如配偶為「主要經濟來源者」，請敘明配偶之工作內容_____） ＊若要保人 / 被保險人為未成年人／學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。 ＊若累計同業投保金額超過被保險人家庭年收入 20 倍或保險費負擔、保障需求有明顯不相當之情形， 請說明原因及保險費來源_____。						
要保人為法人時須填寫	要保單位前三年度平均營業額：□100 萬以下、□100 萬 - 500 萬、□500 萬以上；資本額：_____萬 （要保單位為非營利團體者如：政府、學校、協會、基金會等免填營業額及資本額）						

＊若身故受益人非指定為配偶、直系親屬，或法定繼承人，或其順位及應得比例非適用民法繼承編相關規定。
請說明原因_____。
要保人是否投保其他商業保險？ ..... □是 □否
被保險人是否投保其他商業保險？ ..... □是 □否
過去一年內要保人/被保險人是否居住於中華民國境外超過半年以上?若有，請說明居住國家(地區) _____ ..... □是 □否
要保人或被保險人是否是現任(或前任)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)?
若是，請說明_____ ..... □是 □否
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，抑或對於高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序。 ..... □是 □否
客戶於本契約投保前三個月內是否有辦理貸款、保單借款或保單解約？ ..... □是 □否
若是，請勾選借款人/解約申請人為本契約之□要保人 □被保險人 □實際繳交保險費之利害關係人

招攬人員聲明事項

1.本人向要、被保險人招攬時，已確認要保人及被保險人符合投保之條件；已向要保人及被保險人確認要保人與被保險人，及被保險人與受益人之關係及身分；已確認要保人、被保險人及受益人身分，及要保人與被保險人所提供之身分證明文件(身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身分之文件等)與要保書填載之基本資料相符(至少應包含姓名、性別、出生年月日、身分證字號及聯絡方式；若為法人者，為法人之名稱、代表人、地址、聯絡電話)；已向要保人說明本次所繳交保險費是用以購買保險商品、保險商品內容、繳納保險費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容；已親晤要/被保險人/法定代理人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤。
2.本人已確認本保單之規劃，要保人與被保險人已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之適當性(適合度)。
3.本人已確實提供「個人資料告知事項」及「人身保險投保人須知」供保戶審閱。
4.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。
5.本人已詳細向保戶說明並提醒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。
註：執業之保險經紀人或保險代理人，為業務招攬，請於招攬人員欄簽章

招攬單位：　　招攬人員簽章：　　保經代公司簽章：
中華民國　　年　　月　　日
若其他有利於核保之資訊，請說明：_____

團體保險及保險金額新臺幣五百萬元（含）以下之旅行平安保險集體彙繳件招攬時，
業務員報告書或其他招攬文件得以要保人(單位)為主填報一份即可

「特別提醒事項聲明書」

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解本次申請投保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註 1)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，貴公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則。

此致 明台產物保險股份有限公司

要保人簽章：＿＿＿＿＿＿＿法定代理人/監護人/輔助人簽章：＿＿＿＿＿＿＿（註 2）

被保險人簽章：＿＿＿＿＿＿＿法定代理人/監護人/輔助人簽章：＿＿＿＿＿＿＿（註 3）

業務員／保險經紀人（保險代理人）簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿

註 1：同性質保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

註 2：如要保人為未滿 7 歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如要保人為 7 歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

註 3：如被保險人為未滿 7 歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如被保險人為 7 歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

中 華 民 國　　年　　月　　日