三井住友海上集團
MSIG 明台產物保險股份有限公司
總公司：臺北市仁愛路二段 22 號　電話：(02)2772-5678　傳真：(02)2772-6666　網址：https://www.msig-mingtai.com.tw

114.12.31 明精字第
1140001664 號函備查

明台產物微型住宅綠能動產綜合保險要保書

(FAX)
ATTN:

資訊公開聲明：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
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、投保須知與相關文件，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。

		符合經濟弱勢條件類別：G	
保險單號碼		承保地區	

＊代理投保單位：

單位名稱				代表人	
統一編號		E-mail		電話	
聯絡地址				承辦人員	
代理投保單位與要保人之連結關係	☐E-具有法人人格且成立至少二年以上合法立案之社會福利慈善團體或機構與其服務對象關係。 ☐F-直轄市政府、縣(市)政府與其戶籍居民關係。				

捐贈來源(請勾選)
☐ 1.自行繳費
☐ 2.中央政府、縣市政府或地方單位自編預算或補助
☐ 3.保險公司捐贈
☐ 4.保經代捐贈
☐ 5.公益團體(含基金會)捐贈
☐ 6.其他捐贈(含銀行、投信、投顧、募款、民眾捐款等)

＊捐贈單位及金額：

第一層捐贈單位統編	捐贈金額	第二層捐贈單位統編

＊合作對象統編：

合作對象 1 統編	合作對象 2 統編	合作對象 3 統編	合作對象 4 統編	合作對象 5 統編

＊投保內容及聲明事項：

商品名稱	明台產物微型住宅綠能動產綜合保險		
要保人(即被保險人)	共_____人；詳微型住宅綠能動產綜合保險**被保險人投保名冊**		
置存保險標的物處所地址	詳微型住宅綠能動產綜合保險**被保險人投保名冊之居住處所**		
保險期間	個月　自民國　年　月　日中午十二時起至民國　年　月　日中午十二時止		
承保項目	承保範圍	保險金額/賠償限額(新臺幣元)	
財物損害保險	依保險契約所承保之住宅建築物內之動產		
災害不便費用保險	臨時住宿費用	每一事故之賠償限額每日最高新臺幣二千元，最高給付以二十日為限/保期內之最高賠償總額以新臺幣四萬元為限。	
	生活急需用品費用	每一事故之賠償限額新臺幣二萬元/保期內最高賠償總額以新臺幣五萬元為限。	
	租屋仲介費用	保間內給付總額以新臺幣三千五百元為限	
	搬遷費用	保期內給付總額以新臺幣八千元為限	
總保險費	新臺幣　元	繳費別	年繳(一次交付)

本公司保密措施：對於您個人的資料，我們有嚴格的保密措施，以維護您的隱私權。有關本公司保密措施詳細內容歡迎至本公司網站(https://msigmt.com/2z2cc)查詢。

聲明事項	**一、 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。** **二、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。**
授權事項	**代理投保單位已取得要保人(如名冊所列)之授權，代理其向明台產物保險股份有限公司簽訂本微型保險契約並處理保險費相關事宜。**

如有必要時，本公司得要求被保險人自行負擔費用，提供損失相關證明文件或證據。

其　他

本人（要保人）已審閱 貴公司所提之保單條款。

要保人簽章：
（要保人為自然人者須加簽）

法定代理人簽章：
（要保人未成年或受監護宣告者須加簽）

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)

代理投保單位簽章	保經、代公司簽章	核保	招攬人員簽名
		輸入	招攬人員登錄字號
申請日期：　年　月　日			

三井住友海上集團
MSIG 明台產物保險股份有限公司

微型住宅綠能動產綜合保險被保險人投保名冊

資訊公開聲明：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
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、投保須知與相關文件，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。

【代理投保單位】名稱：_____【代理投保單位】統一編號：_____

代理投保單位承辦人員/聯絡電話：_____/_____

保單號碼：_____

序號	**要保人/被保險人姓名** (非本國籍者，請填寫英文全名)	身分證字號/居留證號碼 國籍(非本國籍者，請填寫)	性別	出生年月(民國) 聯絡電話	被保險人居住處所
1			□ 男 □ 女		
2			□ 男 □ 女		
3			□ 男 □ 女		
4			□ 男 □ 女		
5			□ 男 □ 女		
6			□ 男 □ 女		

註 1：所有申請投保於本保單之被保險人，本公司將依投保內容及相關資訊進行核保審查，並保留最終承保與否之決定權。

註 2：本表可影印使用或填入由本公司提供之 Excel 檔案格式取代之。