

總公司：台北市南京東路三段 130 號 11 樓 電話：(02) 8772-7777 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：<http://www.tmnnewa.com.tw> 文號：98 年 07 月 10 日新安東京海上 98 字第 0394 號函備查

新安東京海上產物初次罹患癌症健康保險要保書

- 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的撤銷權：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。

基本資料

要保人資料欄	姓名：	出生日期：民國 年 月 日	身分證字號： (統一證號)	保單號碼：						
	住所(通訊地址)：□□□-□□	縣市	鄉鎮市區	路街	段	巷	弄	號	樓	
	聯絡電話：日()	夜()	行動電話：	電子郵件：						
被保險人資料欄	姓名：	出生日期：民國 年 月 日	身分證字號： (統一證號)							
	住所(通訊地址)：□ 同要保人住所(通訊地址)	□□□-□□	縣市	鄉鎮市區	路街	段	巷	弄	號	樓
	被保險人職業：	工作內容：	被保險人服務公司名稱：	與要保人之關係	係要保人之：					
聯絡電話：日()		夜()	行動電話：	□ 同要保人聯絡方式						

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。
健康保險契約之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。

保險期間：民國 年 月 日午夜 12 時起至 民國 年 月 日午夜 12 時止
(本公司保險責任開始之日時，須依本保險契約條款有關「疾病等待期間」之相關規定辦理，本商品等待期為九十天)

保險金額：新台幣 萬元 保險費：新台幣 元

告知事項
S告知事項，請要保人人親自據實回答，如有故意隱匿、過失遺漏或為不實說明者，本公司得依保險法第 64 條之規定解除保險契約且不退還已繳之保險費。

S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、癱瘓、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、帕金森氏症、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、腎囊胞。(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

被保險人之健康情形若有上列 3-9 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)

要保人及被保險人聲明事項
1. 本人(被保險人)同意新安東京海上產物保險公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
2. 本人(被保險人)同意新安東京海上產物保險公司將本要保書上之本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
3. 本人(被保險人、要保人)同意新安東京海上產物保險公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。

本保險商品為非保證續保之健康保險 要保人及被保險人聲明事項及告知事項簽名同意欄

要保人簽名： (請親自簽名) 被保險人簽名： (請親自簽名)
法定代理人簽名： (請親自簽名) 關係：
(要、被保險人未滿 20 足歲，須法定代理人簽名同意) 申請日期：中華民國 年 月 日

保險公司內部作業欄 業務招攬作業欄

營業部或通訊處名稱	管理人姓名	業務員簽名(親簽)	保經代簽章
經辦代號	員工編號	業務員登錄字號(同身分證字號)	

核保備註欄	複核主管/核保人員	初核人員	校對	輸入	受理

預收編號：□□□□□□□□□□