2020年12月起適用版本

三井住友海上集團
MSIG 明台產物保險

專注為您 全心守護

行動の好險

國內首張智慧保單　運用金融科技自動理賠

1 首創一年期**不限次數**旅遊不便險主約，海外緊急救援費用最高 **300 萬元**，出國說走就走隨時有保障。

2 手機輸入航班，**額外享受班機延誤簡訊通知閃賠**的金融科技創新服務。

3 **加值平安險**，投保方案三國外地區特定事故保障最高 **1,000 萬元**(含一般身故失能給付)及海外突發疾病醫療保障(既有疾病定義縮短至 3 個月)。

班機資訊申報

理賠說明

1. 於班機預定起飛之三小時前上網輸入航班日期、編號及被保險人銀行帳號。
2. 符合班機延誤並達理賠標準，明台主動發送手機簡訊通知。
3. 拍照上傳登機證明。(搭乘華航班機且提供護照號碼或各航程開啟中華電信手機漫遊時免上傳)
4. 理賠保險金匯入被保險人指定帳戶。

商品名稱	明台產物旅遊不便保險(一年期)、明台產物個人海外突發疾病健康保險附約、明台產物個人傷害保險附約乙式
商品給付項目	行李延誤費用、行李損失費用、旅程延誤費用、旅行文件損失費用、旅程縮短費用、旅程更改費用、探病或處理後事費用、海外緊急救援費用、海外突發疾病住院醫療保險金、海外突發疾病急診醫療保險金、海外突發疾病門診醫療保險金、身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金、傷害醫療保險金、特定事故身故或喪葬費用保險金、特定事故失能保險金
商品文號	108.06.10 明精字第 1080000335 號函備查；107.07.02 明商企字第 1070000856 號函備查、108.12.31 依金融監督管理委員會 108 年 4 月 9 日金管保壽字第 10804904941 號函修正；108.06.10 明精字第 1080000268 號函備查、108.12.31 明精字第 1080001396 號函備查

※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41%，最低39%；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。

送件前請確認

- ☐ 要保人/被保險人已簽名
- ☐ 業務員已簽名
- ☐ 瞭解要保人/被保險人之需求及其適合度分析評估暨業務員報告書已填寫

※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。

投保注意事項 ※（本保險商品為非保證續保之保險）

※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。

- **保險期間：**一年
- **投保年齡：**新保件 0 ～ 60 歲，可續保至 65 歲，但明台產物保險公司保有承保與否之權利。
- **職業類別為：**1 ～ 6 類。（方案三限 1 ～ 3 類）
- **特別不保職業：**
  空服員、導遊、領隊、外派國際記者、政府外交人員、演藝人員、國際義工、翻譯人員及其他性質類似須經常往返臺灣及他國之職業類別。
- **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。
- **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。

服務人員：

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祖(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。

傳真(02)8192-4285

三井住友海上集團
MSIG 明台產物保險股份有限公司

總公司：臺北市仁愛路四段一號　電話：（02）2772-5678　傳真：（02）2772-6666

商品不保事項

※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。
※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

明台產物旅遊不便保險（一年期）要保書

保險期間：自民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日午夜 12 時起，為期一年。

108.06.10 明精字第 1080000335 號函備查

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及 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 □□□□□				
是否已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？□是 □否 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（被保險人未滿十五足歲者無身故保險金）〈投保意外傷害保險時須填寫〉

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

承保範圍	保險項目	保險金額（新臺幣元）		
		□方案一	□方案二	□方案三
海外旅遊不便保險	行李延誤費用	定額 2,000 元		定額 2,000 元
	行李損失費用	實支實付最高 40,000 元		實支實付最高 40,000 元
	旅程延誤費用	最高 12,000 元		最高 12,000 元
	旅行文件損失費用	實支實付最高 10,000 元		實支實付最高 10,000 元
	旅程縮短費用	實支實付最高 30,000 元		實支實付最高 30,000 元
	旅程更改費用	實支實付最高 10,000 元		實支實付最高 10,000 元
	探病或處理後事費用	實支實付最高 50,000 元		實支實付最高 50,000 元
	海外緊急救援費用	-	200 萬	300 萬
海外突發疾病保險	海外突發疾病住院醫療保險金	-	30 萬	50 萬
	海外突發疾病門診醫療保險金	-	1,500 元	2,500 元
	海外突發疾病急診醫療保險金	-	6 萬	10 萬
意外傷害保險	身故及失能保險金	-	-	100 萬
	國外地區特定事故增額保障保險金	-	-	900 萬
保險費（新臺幣元）		2,817 元	3,964 元	5,615 元
意外傷害保險	每次實支實付傷害醫療保險金限額	-	-	□ 5 萬
保險費（新臺幣元）		-	-	380 元
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〈 投保方案(一)時無須填寫 〉

【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○・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。

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明台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明台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，而明台產物保險公司仍承保者，明台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明台產物保險公司者，同意明台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。

※恐怖攻擊身故及失能理賠金額不限 200 萬元，最高以承保金額給付。

※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。

此　致　　明台產物保險股份有限公司

申請日期：中華民國　　年　　月　　日

要保人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿

被保險人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿

未成年法定代理人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿

招攬單位填寫欄			明台產物填寫欄			
業務員簽名 / 編號		保經代簽署章	經手人代號		經紀人代號	
業務員登錄字號			服務人代號		統計單位	
業務員電話			輸　　入	A79 行動の好險	核　　定	
分行(公司)名稱 / 代號						

保險經紀人履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

103 年 12 月 22 日經總經理核准修正

兆鎮國際保險經紀人有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第 8 條第 1 項（如為間接蒐集之個人資料則為第 9 條第 1 項）規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：

（一）保險經紀

（二）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別：包含但不限姓名、身分證統一編號、聯絡方式等個人資料(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）於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、地區、對象、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、產、壽險公司、財團法人金融消費評議中心、業務委外機構、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 3 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.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，因此將婉謝、延遲或無法提供相關服務。

被告知人:_____ (簽名)(要被保險不同人時均須簽名)

履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就　台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得　台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供　台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

立同意書人（即被保險人）簽名：_____法定代理人簽名：_____

中華民國　　年　　月　　日　　10503