

傷害の好險2

-  大眾運輸工具特定事故保障最高1,000萬元(含一般身故失能給付)。
-  被保險人以自費身分診療者，仍可依實際支付醫療費用之100%給付。(須附加責支實付傷害醫療保險)
-  海外突發疾病之「既有疾病」認定縮短為「三個月內」。
-  可附加旅遊不便險保障全年365天，班機延誤3小時即可申請理賠，出國在外也安心。
-  可選擇自動續約，保障不中斷。
-  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。
-  輔助器具費用也可申請保險金，最高10萬元。



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(須附加旅遊不便保險)。

01



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。

02



符合班機延誤並達理賠標準，明台主動發送手機簡訊通知。

03



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)

04



理賠保險金匯入被保險人指定帳戶。

商品名稱 明台產物新個人保障綜合保險、明台產物旅遊不便附加保險、明台產物個人海外突發疾病健康保險附約。

商品給付項目 身故保險金或喪葬費用保險金、傷害醫療保險金、失能保險金、特定事故身故或喪葬費用保險金、特定事故失能保險金、一至三級失能補償保險金、重大燒燙傷保險金、特別看護費用保險金、居家療養保險金、加護病房或燒燙傷病房保險金、住院家事代勞保險金、意外門診手術保險金、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、海外救援費用保險金、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、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

商品文號 107.07.02明商企字第1070000854號函備查、108.12.31明精字第1080001391號函備查；107.07.02明商企字第1070000855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



班機資訊申報

※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。

※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要保書

保險期間：自民國_____年_____月_____日午夜 12 時起，為期一年。

108.01.25 明商企字第 1080000145 號函備查



商品不保事項

保險單號碼	第_____號	本單係	第_____號	續保
-------	---------	-----	---------	----

※要保人

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	代表人	
出生日期	年_____月_____日	身分證統一編號	
<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

※被保險人

姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
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？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供。			
被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供相關證明文件。			

※身故受益人(被保險人未滿十五歲者無身故保險金)

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受益人之通知依據。					

※保險內容

保險項目	保險金額(新臺幣元)					
	<input type="checkbox"/> 方案一	<input type="checkbox"/> 方案二	<input type="checkbox"/> 方案三	<input type="checkbox"/> 方案四	<input type="checkbox"/> 兒童方案	
意外傷害保險身故、失能保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	100 萬(限失能)	
一至三級失能補償保險金(按比例給付)	10 萬	10 萬	10 萬	10 萬		
大眾運輸工具特定事故增額保障保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬		
火災特定事故增額保障保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬		
地震特定事故增額保障保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬		
電梯特定事故增額保障保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬		
國外地區特定事故增額保障保險金	100 萬	200 萬	200 萬	200 萬		
特定事故保險金最高給付限額	依保險給付限制條款之約定，同一意外傷害事故同時符合兩項或兩項以上不同特定事故時，僅擇高給付其中一項特定事故保險金。					
重大燒燙傷保險金(按比例給付)	50 萬	100 萬	200 萬	300 萬	100 萬	
特別看護費用保險金	50 萬	50 萬	50 萬	100 萬	-	
傷害醫療日額	住院醫療保險金日額/90日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	2,000 元/日	1,000 元/日
	居家療養保險金日額/90日	500 元/日	500 元/日	500 元/日	500 元/日	500 元/日
	骨折未住院補償(依骨折別換算限額)	最高 3 萬	最高 3 萬	最高 3 萬	最高 6 萬	最高 3 萬
	加護病房或燒燙傷病房保險金日額/90日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	4,000 元/日	2,000 元/日
家事代勞保險金日額/90日	-	-	-	500 元/日	-	
意外門診手術保險金(限三次)	1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	
住院慰問保險金(連續住院三天)	5,000 元/次	5,000 元/次	5,000 元/次	5,000 元/次	3,000 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	最高 1,000 元	
輔助器具費用保險金	-	-	限額 5 萬	限額 10 萬	-	
食品中毒慰問保險金	6,000 元/次	6,000 元/次	6,000 元/次	6,000 元/次	6,000 元/次	
海外緊急救援費用保險金	20 萬	20 萬	20 萬	50 萬	20 萬	
第 1~3 類保費	1,559 元	2,536 元	3,709 元	6,193 元	708 元	
第 4 類保費	3,089 元	5,053 元	7,382 元	-	-	
第 5 類保費	4,723 元	-	-	-	-	
第 6 類保費	6,030 元	-	-	-	-	
<input type="checkbox"/> 每次實支實付傷害醫療保險金限額	<input type="checkbox"/> 限額 3 萬 (不限投保方案)	<input type="checkbox"/> 限額 5 萬 (限投保方案一三四)	<input type="checkbox"/> 限額 8 萬 (限投保方案一三四)	<input type="checkbox"/> 限額 10 萬 (限投保方案四)		
第 1~3 類保費	319 元	380 元	443 元	476 元		
第 4 類保費	665 元	792 元	-	-		
第 5 類保費	1,034 元	-	-	-		
第 6 類保費	1,329 元	-	-	-		

□ 海外突發疾病健康保險	保險金額(新臺幣元)	
	□ 計畫一	□ 計畫二
海外突發疾病住院醫療保險金	20 萬	30 萬
海外突發疾病門診醫療保險金	1,000 元	1,500 元
海外突發疾病急診醫療保險金	4 萬	6 萬
保費(新臺幣元)	490 元	698 元

□ 旅遊不便保險	保險金額(新臺幣元)
行李延誤費用	2,000 元
行李損失費用	實支實付最高 40,000 元
旅程延誤費用	最高 12,000 元
旅行文件損失費用	實支實付最高 10,000 元
旅程縮短費用	實支實付最高 30,000 元
旅程更改費用	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
保費(新臺幣元)	2,414 元

合計總保險費(新臺幣元)	
--------------	--

自動續約 <input type="checkbox"/> 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?..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 高血壓症(指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 以上)、 <input type="checkbox"/> 狹心症、 <input type="checkbox"/> 心肌梗塞、 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病、 <input type="checkbox"/> 主動脈血管瘤。 2. <input type="checkbox"/> 腦中風(腦出血、腦梗塞)、 <input type="checkbox"/> 腦瘤、 <input type="checkbox"/> 癲癇、 <input type="checkbox"/> 智能障礙(外表無法明顯判斷者)、 <input type="checkbox"/> 精神病、 <input type="checkbox"/> 巴金森氏症。 3. <input type="checkbox"/> 癌症(惡性腫瘤)、 <input type="checkbox"/> 肝硬化、 <input type="checkbox"/> 尿毒、 <input type="checkbox"/> 血友病。 4. <input type="checkbox"/> 糖尿病。 5. <input type="checkbox"/> 酒精或藥物濫用成癮、 <input type="checkbox"/> 眩暈症。 6. <input type="checkbox"/> 視網膜出血或剝離、 <input type="checkbox"/> 視神經病變。 二.目前身體機能是否有下列障害?..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 失明。 2. <input type="checkbox"/> 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,且一目視力矯正後,最佳矯正視力在萬國視力表○·三以下。 3. <input type="checkbox"/> 聾。 4. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 啞。 6. <input type="checkbox"/> 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 7. <input type="checkbox"/> 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

- 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。
- 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之本人資料轉送產、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。
- 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(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	要保人簽章: _____
申請日期: 中華民國	年 月 日	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	核 定		
分行(公司)名稱/代號			A81 傷害の好險2		



※ 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。
- 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（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。（5、6 類限承保方案一）
- 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：
自 108 年 11 月 8 日起，被保險人投保實支實付型醫療保險（含日額或實支實付給付擇一之商品）的張數上限 3 張。例如目前已有三張實支實付醫療險者就不能再加買實支實付醫療保險。
- 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。



MSIG 三井住友海上集團 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免費客戶專線。