



新安東京海上產物保險股份有限公司
TOKIO MARINE NEWA INSURANCE CO., LTD.

總公司：台北市南京東路三段 130 號 9 樓 電話：(02)8772-7777 免費客服及申訴電話：0800-050-119
如欲查詢本公司資訊公開說明文件之內容 請至本公司網址：<http://www.tmnewa.com.tw> 查詢

愛之深、責之切

核准日期及文號：
97 年 02 月 05 日新安東京海上 97 字第 0039 號函備查
96 年 8 月 31 日依行政院金融監督管理委員會 95 年 9 月 1 日金管保二字第 09502522257 號令修正

不再是一種負擔



新安東京海上產物**教育機構責任保險**
一肩扛起您教學的品質及責任
讓您教的安心！

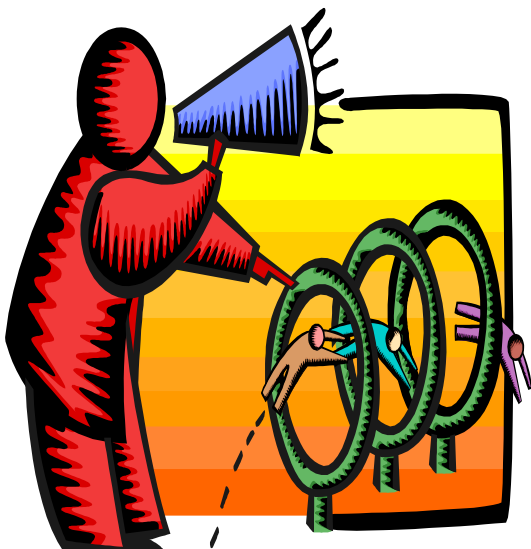
承保範圍

被保險人在保險期間或追溯期間內於本保險單所載教育機構執行教學管理輔導之教育工作，因執行職務之疏忽或過失，因而直接造成學生受有體傷、死亡，依法應負賠償責任並於保險期間內受賠償請求時，本公司依本保險契約之約定，對被保險人負賠償之責。

保險金額

保障內容	保額	保額	保額
教育機構責任保險	100 萬	200 萬	300 萬
自負額	2,500		
保險費	460 元	860 元	1,150 元
加保慰問金保險 (身故/傷害慰問金)	50,000/5,000		
保險費	565 元	965 元	1,255 元

現今教學環境可能面臨的風險，您不能再忽視了！



同學戳瞎單眼 國小判賠 193 萬元
楊宜中/花蓮報導 【自由時報/2007. 10. 27】

綁標語刺傷眼 國小應賠學童 306 萬元
黃錦嵐/台北報導 【中時電子報/2007. 04. 25】

擔心負連帶賠償 老師拒當導護
謝東明/新莊報導 【自由時報/2006. 02. 15】

新安東京海上產物教育機構責任保險要保書

「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。」

103 年 08 月 18 日新安東京海上 103 商字第 0179 號函送保險商品資料庫

保險單號碼	字第	EO	號本單係	字第	EO	號續保	保單份數	正本： 副本：
要保人						代表人		
						出生年月日		
要保人通訊處住所	郵遞區號					統一編號/身分證字號		
						電話號碼		
被保險人	<input type="checkbox"/> 同要保人					代表人		
						出生年月日		
被保險人通訊處住所	<input type="checkbox"/> 同要保人					統一編號/身分證字號		
						電話號碼		
要保人與被保險人之關係	<input type="checkbox"/> 同一人； <input type="checkbox"/> 其他：							
教育機構名稱						行業別代號		
經營業務種類						危險單位代號		
						危險單位數		
保險期間	自民國 年 月 日中午十二時起至民國 年 月 日中午十二時止							
追溯日	民國 年 月 日中午十二時							
保險金額 (新台幣)	承保項目		保險金額 (NT\$)		每一事故自負額 (NT\$)			
	每一事故保險金額							
	保險期間內之累計保險金額							
保險費率			投保教職員資料		詳如名冊			
投保教職員人數			總保險費					
附加條款	<input type="checkbox"/> 投保慰問保險金附加條款(S06)							
繳費方式	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 信用卡(請填寫本公司所備簽帳單)					聯絡電話		
請款部門			請款對象			收費地址		
要保人聲明事項：								
1、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。								
2、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。								
要保人簽章								
						年	月	日
本公司內部作業欄	備註		業務員簽名(親簽)：		業務員登錄字號：		保經代簽署章	
			保經代/銀行分行名稱：		編號：			
以前承保損失資料		複核	再保	校對	核保	輸入	經辦代號/管理人	行員姓名/編號

瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨招攬人員報告書(財產保險)

投保險種：_____		要保人與被保險人關係：_____ <input type="checkbox"/> 本人	
要保人：_____ 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ 職(行)業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 非一般職業，代號_____ 法人負責人：_____ 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____ (國名) 客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註2，並應提供合理可信之佐證依據)		被保險人：_____ 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ 職(行)業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 非一般職業，代號_____ 法人負責人：_____ 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____ (國名) 客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註2，並應提供合理可信之佐證依據)	
非一般職業業	001 律師(或其合夥人/受僱人)	006 寺廟、教會從業人員	011 藝術品/骨董交易商
	002 會計師(或其合夥人/受僱人)	007 外交人員、大使館、辦事處	012 拍賣公司
	003 公證人(或其合夥人/受僱人)	008 虛擬貨幣的發行者或交易商	013 基金會
	004 軍火商、不動產經紀人	009 當舖業	014 協會
	005 融資從業人員	010 寶石及貴金屬交易商	015 博弈產業/公司
			016 匯款公司
			017 外幣兌換所
法人存在證明檢視： <input type="checkbox"/> 經濟部商業司工商登記查詢 <input type="checkbox"/> 親視營利事業登記證 <input type="checkbox"/> 其他證明_____			
法人發行無記名股票狀態： <input type="checkbox"/> 無發行 <input type="checkbox"/> 已發行			

一、客戶屬性 (請逐一確認)

1. 招攬人員已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料.....
2. 招攬人員已瞭解要保人之投保條件、投保目的及需求程度，並交由核保人員進行相關核保程序.....
3. 招攬人員已瞭解要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可足資傳遞電子文件之聯絡方式(保險契約係以電子保單型式出單者適用).....
4. 招攬人員已使客戶瞭解所交保費係用以購買保險商品.....
5. 招攬人員已使客戶瞭解其投保之險種、保額與保費支出與其實際需求是否相當.....
6. 招攬人員已瞭解客戶對於匯率風險之承受能力(購買以外幣收付之非投資型商品適用).....
7. 招攬人員已充分瞭解客戶繳交保險費之資金來源為工作或營業收入/存款/其他_____

二、要保人之需求與投保目的 (請選擇勾選)

1. 為個(法)人之財產及利益作風險規劃.....
2. 為個(法)人依法應負之賠償責任作風險規劃.....
3. 為個(法)人或團體所屬員工可能承受之傷害作風險規劃.....
4. 其他(請說明)_____

三、業務報告 (請逐一確認)

1. 招攬人員已向要保人說明對於本保險契約(含附加條款或附加保險)之權利行使、變更、解除及終止之方式.....
2. 招攬人員已向要保人說明承保公司對於本保險契約之(含附加條款或附加保險)權利、義務及責任.....
3. 招攬人員已向要保人說明其應負擔之保險費以及毋須負擔違約金及其他費用.....
4. 招攬人員已向要保人說明本保險依法受保險安定基金之保障.....
5. 招攬人員已向要保人說明承保公司因本商品所生紛爭之處理及申訴管道.....

保險代理人簽署人員：_____ 簽章 招攬人員：_____ 簽章

保險經紀人簽署人員：_____ 簽章

中 華 民 國 年 月 日

註1：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2：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。



【財產保險商品】書面分析報告 ※續保件且投保條件相同者免填

一. 基本資料(塗改請要保人親簽)

要保人(□同被保人)		被保險人(如團體投保請填一人代表其餘詳名冊)	
姓名		姓名	
性別		性別	
年齡	____年/____月/____日 歲:____	年齡	____年/____月/____日 歲:____
投保車險必填欄位		身分證字號	
		車牌號碼	
		車輛種類	<input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 汽車

二. 保險需求(塗改請要保人親簽)

是否有指定之保險公司	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, _____ 保險公司
本次投保之目的及需求(可複選)	<input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 責任保障 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 其他:_____
欲投保之保險種類	<input type="checkbox"/> 任意車險 <input type="checkbox"/> 火險/地震險 <input type="checkbox"/> 僱主責任險 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 教責險 <input type="checkbox"/> 其他_____
保險期間	____年____月____日起 ~ ____年____月____日止
欲投保之保險金額	保額_____萬元/元
被保人是否已投保其他商業保險之有效保險契約?	<input type="checkbox"/> 是, _____ 保險公司 <input type="checkbox"/> 否

三. 保險費支出(塗改請要保人親簽)

預估繳交之保險費	幣別: _____ 台幣 保費: _____ 元
----------	--------------------------

四. 業務員建議事項(塗改請業務員親簽)

保險公司名稱及概況	<input type="checkbox"/> _____ 產物保險(股)公司提供DM, <input type="checkbox"/> 保險公司網站 <input type="checkbox"/> 保發中心網站 查詢概況
保險險種名稱: (填寫商品名稱)	<input type="checkbox"/> 任意車險 <input type="checkbox"/> 火險/地震險 <input type="checkbox"/> 僱主責任險 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 教責險 <input type="checkbox"/> 其他_____
保險金額	保額:_____萬元/元(團單詳名冊)
保障範圍	<input type="checkbox"/> 提供商品DM <input type="checkbox"/> 提供商品條款 <input type="checkbox"/> 提供投保項目報價單
保險費	保費:_____元(團單請填總保費)
建議投保保險公司理由	<input type="checkbox"/> 商品符合規畫 <input type="checkbox"/> 其他_____
報酬收取說明	◎本公司規定不得向要保人收取任何型式報酬。

本人已審閱「蒐集、處理及利用相關之健康檢查、醫療、病歷及個人資料告知事項」內容

要保人簽名: _____ 被保人簽名: _____

法定代理人簽名: _____ (與要/被保人的關係: _____)

業務人員簽名: _____ 登錄證字號: _____

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 保經簽署人章: _____

承利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

承利保險經紀人股份有限公司（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）保險經紀業務 （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、金融監理機關或因辦理產、壽險相關業務需要之第三方。
（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. 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： 台端可透過本公司客服專線 0800-210-383、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（視業務性質記載）。

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 承利保險經紀人股份有限公司

信用卡簽帳單

收件者：

本公司經辦人：

經辦人 E-mail：

本公司傳真：

本公司電話：

分機：

注意事項：若以傳真方式繳費，請於傳真後與本公司經辦人員確認，以確保您的權益。

持卡人已知悉新安東京海上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，並充分瞭解貴公司蒐集、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，如有任何問題歡迎洽詢 0800-050-119 免付費專線電話。

信用卡資料填寫

簽帳日期： 年 月 日

授權號碼

發卡銀行：

(保險公司填寫)

信用卡種類：聯合信用卡 VISA CARD MASTER CARD JCB CARD

信用卡卡號：_____ — _____ — _____ — _____

信用卡有效期限：_____月_____年止 持卡人電話：_____

持卡人身分證號碼：_____

持卡人親自簽名：_____ (與信用卡上簽名一致) 中文名：_____ (請正楷書寫)

持卡人關係驗證

要保人簽章：_____

(要保人簽章需與要保書相同)

*110年1月1日起實施信用卡身分驗證機制，如持卡人非要保人或被保險人時，必須檢附關係證明。如有任何問題，請向您的服務人員洽詢，或電洽 0800-050-119。

持卡人與保單關係人：(務必勾選)

1. 要保人、被保險人 新式身分證暫不適用
2. 配偶 父母子女 兄弟姊妹 (外)祖父母 (外)孫子女 已檢附關係文件 (如戶口名簿、身分證等影本)
3. 法人、法人負責人或該企業員工 已檢附關係文件 (如工商登記、名片、識別證等影本)

【無法即時提供關係文件時，建議請改以其他方式繳費】

被保險人	保單/保卡/報價單號	保 險 費					
		拾	萬	仟	佰	拾	元
	共計 _____ 件，總金額 _____	拾	萬	仟	佰	拾	元整

聲明事項：

1. 持卡人同意以信用卡支付上開保險費金額予新安東京海上產物保險(股)公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。
2. 本項交易若未獲收單銀行核准，則本保險費簽帳單自動失效，本公司得重新收費。
3. 本簽帳單上所有欄位，請務必填寫完整。信用卡卡號、金額及簽名須字跡清晰，且不得塗改及描繪。
4. 保單服務人員(含業務員)須對簽帳單填寫之內容審核無誤，包含信用卡號、持卡人姓名、身分證統一編號、信用卡有效期限、持卡人和要保人簽名等資訊。保單服務人員(含業務員)簽章：_____
5. 持卡人與保單關係人為法人、法人負責人或該企業員工時，需經直屬主管檢核關係文件並簽核。主管簽核：_____