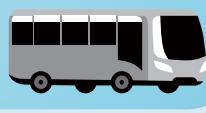




實足守護的好險

商品特色

01	意外身故或失能最高500萬元，給您實足的保障。(以方案四為例)	
02	涵蓋多項意外事故增額保障(大眾運輸工具、火災、地震、電梯)。	
03	重大燒燙傷保險金最高給付至100萬元。(按比例給付)	
04	住院日額保險金4000元(最高給付90日)，骨折未住院最高12萬元(以方案四為例)	
05	外出吃大餐免驚，食品中毒慰問保險金最高5,000元。(以方案四為例)	
06	提供救護車運送保險金，緊急時刻有保障。	

商品名稱	明台產物新個人保障綜合保險C式、明台產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款
商品給付項目	身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金、大眾運輸工具特定事故身故或喪葬費用保險金、大眾運輸工具特定事故失能保險金、地震特定事故身故或喪葬費用保險金、地震特定事故失能保險金、火災特定事故身故或喪葬費用保險金、火災特定事故失能保險金、電梯特定事故身故或喪葬費用保險金、電梯特定事故失能保險金、重大燒燙傷保險金、特別看護費用保險金、傷害醫療保險金、燒燙傷皮膚移植手術保險金、加護病房或燒燙傷病房保險金、住院慰問保險金、救護車運送保險金、食品中毒慰問保險金。
商品文號	113.07.31明精字第1130001036號函備查；92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准107.08.31依金融監督管理委員會107年7月18日金管保壽字第10704938160號函修正

※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）41%；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。

※本商品簡介僅供參考，詳細保單內容以保單條款為準，客戶投保前應詳細閱讀保單條款內容。

※本保險所稱之『住院』，係指被保險人經醫師診斷其傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法所稱之日間住院及精神衛生法所稱之日間留院／日間照護。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。

總公司：臺北市中正區仁愛路二段 22 號 電話：(02) 2772-5678 傳真：(02) 2772-6666

※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 C 式要保書

保險期間：自民國 年 月 日午夜 12 時起，為期一年。

113.07.31明精字第1130001036號函備查

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或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"/> 同要保人 <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"/> □□□□□□				
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。				

※身故保險金受益人

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

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
意外身故或失能保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
大眾運輸工具特定事故意外失能或死亡保險金	500 萬	500 萬	1000 萬	1000 萬
火災特定事故意外失能或死亡保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
電梯特定事故意外失能或死亡保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
地震特定事故意外失能或死亡保險金	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
燒燙傷皮膚移植手術保險金	30 萬	30 萬	30 萬	30 萬
傷害	住院醫療保險金日額/90日	2,000 元 / 日	3,000 元 / 日	3,000 元 / 日
醫療	骨折未住院補償(依骨折別換算限額)	最高 6 萬	最高 9 萬	最高 12 萬
日額	加護病房或燒燙傷病房保險金日額/90日	2,000 元 / 日	3,000 元 / 日	3,000 元 / 日
重大燒燙傷保險金	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬
住院慰問保險金(連續住院三天)	1,000 元 / 次	1,500 元 / 次	3,000 元 / 次	3,000 元 / 次
特別看護費用保險金	10 萬	10 萬	10 萬	10 萬
食品中毒慰問保險金(限一次)	2,000 元 / 次	3,000 元 / 次	4,000 元 / 次	5,000 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
第1~3類保費	1,700 元	2,819 元	3,847 元	5,815 元
第4類保費	3,329 元	5,621 元	-	-
第5類保費	5,072 元	-	-	-
第6類保費	6,466 元	-	-	-
加 價 購 項 目	-	<input type="checkbox"/> 方案二 plus (限投保方案二勾選)	<input type="checkbox"/> 方案三 plus (限投保方案三勾選)	<input type="checkbox"/> 方案四 plus (限投保方案四勾選)
每次實支實付傷害醫療保險金限額		限額 2 萬	限額 3 萬	限額 3 萬
第1~3 類保費		645 元	856 元	856 元
第4 類保費		1,345 元		
第5 類保費		方案二	方案三	方案四
第6 類保費		不販售 5、6 類	不販售 4、5、6 類	不販售 4、5、6 類
合計總保險費 (新臺幣元)				
自動續約	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。			
<input type="checkbox"/> 同意(若未勾選視為不同意)				



投保注意事項

* 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。

* 本保險商品為非保證續保之保險。

◎ 保險期間：一年

◎ 投保年齡：新保件滿 15 足歲 ~65 歲，可續保至 70 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 (4-6 類)。（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。

◎ 身分別限制：本國籍：限未投保本公司其他傷害保險專案。

外國籍：限未投保本公司其他傷害保險專案，且須檢附居留證明。

◎ 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，另自職業變更之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：

• 本商品保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，本公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

• 被保險人以自費身分診療者，依實際支付醫療費用之 70% 紿付。（須附加實支實付傷害醫療保險）

◎ 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（股）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。

 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 MISA 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孫(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）：

- 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。
- 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。
- 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行終止。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。
- 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。
- 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。
- 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。