

全心防癌

癌症健康保險

保障內容

保障內容(給付項目)		保險金額(新臺幣元)		
		計畫一	計畫二	計畫三
全心防癌 癌症健康 保險	初次罹患癌症身故保險金(確診日起二年內)	60萬	100萬	100萬
	初次罹患癌症保險金(給付後,契約效力即行終止)	30萬	50萬	100萬
	特定器官原位癌保險金(每器官限領1次)	3萬	5萬	10萬
初次罹患癌症 標靶治療 費用保險給 付附加條款	初次罹患癌症標靶治療費用保險金 (達癌症【重度】)註1	10萬	20萬	30萬
癌症住院 醫療保險給 付附加保險	癌症住院醫療保險金(單次住院最高60日)	1,500/日	1,500/日	1,500/日
	癌症出院後療養保險金(單次住院最高60日)	1,500/日	1,500/日	1,500/日
	癌症住院營養補助金(連續住院達3日,以3次為限)	3,000/次	3,000/次	5,000/次
	癌症長期住院醫療保險金(連續住院達31日起算最高30日)	1,500/日	1,500/日	1,500/日
	癌症住院特別慰問保險金(單次住院日數連續達91日以上)	10萬/次	10萬/次	10萬/次
癌症治療 保險給付 附加保險	癌症放射線治療保險金(最高60日)	2,000/日	3,000/日	5,000/日
	癌症化學治療保險金(最高60日)	1,000/日	1,000/日	1,000/日
	癌症住院外科手術保險金(以3次為限)	1萬/次	1萬/次	1萬/次
	癌症骨髓移植醫療保險金(以1次為限)	3萬/次	5萬/次	10萬/次

計畫保費

幣別/單位：新臺幣/元

首續年	計畫一				計畫二				計畫三			
	首年度		續年度		首年度		續年度		首年度		續年度	
年齡	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
0-4歲	-	-	-	-	508	384	673	512	746	599	990	799
5-19歲	-	-	-	-	373	289	500	387	543	449	727	599
20-29歲	491	559	653	744	771	882	1,025	1,175	1,150	1,394	1,531	1,856
30-34歲	1,064	1,416	1,418	1,886	1,684	2,228	2,246	2,968	2,527	3,533	3,371	4,711
35-39歲	2,023	2,450	2,698	3,267	3,193	3,853	4,259	5,137	4,782	6,093	6,377	8,125
40-44歲	3,814	4,047	5,089	5,396	6,013	6,365	8,018	8,485	-	-	12,001	13,401
45-49歲	6,184	6,027	8,247	8,040	9,719	9,478	12,961	12,639	-	-	19,368	19,950
50-54歲	9,403	7,360	12,535	9,814	-	-	19,703	15,433	-	-	29,459	24,353
55-59歲	12,844	8,697	17,126	11,598	-	-	26,887	18,240	-	-	40,179	28,769
60歲	17,509	10,505	23,347	14,007	-	-	36,690	22,047	-	-	54,863	34,792
61-64歲	-	-	23,347	14,007	-	-	36,690	22,047	-	-	54,863	34,792
65-69歲	-	-	31,577	16,798	-	-	49,675	26,454	-	-	74,315	41,757
70-74歲	-	-	40,880	20,003	-	-	64,520	31,581	-	-	96,678	49,904
75歲	-	-	49,700	23,878	-	-	78,693	37,805	-	-	118,093	59,820

本人(即要保人)聲明本次投保已詳閱上述費率說明,並經招攬業務人員充分說明上述保險權益,明確知悉所保商品係有費率調整機制。

要保人簽名(親簽): _____ 業務員簽名(親簽): _____

法定代理人簽名(親簽): _____

商品名稱	商品文號
新安東京海上產物防癌癌症健康保險	109年12月01日新安東京海上109商字第0262號函備查
新安東京海上產物癌症住院醫療保險給付附加保險	109年12月01日新安東京海上109商字第0263號函備查
新安東京海上產物初次罹患癌症標靶治療費用保險給付附加條款	109年12月01日新安東京海上109商字第0264號函備查
新安東京海上產物癌症治療保險給付附加保險	109年12月01日新安東京海上109商字第0265號函備查
新安東京海上產物自動續約附加條款	107年01月12日新安東京海上107商字第0027號函備查

消費者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。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43%,最低43%;如要詳細了解其他相關資訊,請洽本公司業務員、服務據點(免付費申訴專線及客訴電話:0800-050-119)或網站(網址:https://www.tmnwa.com.tw),以保障您的權益,總公司:台北市南京東路三段130號8樓。本保險所稱之「住院」,係指被保險人經醫師診斷其疾病必須入住醫院,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第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院,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。本保險商品之特性經依保險商品銷售前程序作業準則第六條第七款規定評估,不具潛在影響六十五歲(含)以上之客戶辨識不利其投保權益之情形。

註1:「癌症」程度分類:

(一)癌症(初期): A.原位癌或零期癌。B.第一期惡性類癌。C.第二期(含)以下且非惡性黑色素瘤之皮膚癌(包括皮膚附屬器癌及皮膚纖維肉瘤)。

(二)癌症(輕度): A.慢性淋巴性白血病第一期及第二期(按Rai氏的分期系統)。B.10公分(含)以下之第一期何杰金氏病。C.第一期前列腺癌。D.第一期膀胱乳頭狀癌。E.甲狀腺微乳頭狀癌(微乳頭狀癌是指在甲狀腺內1公分(含)以下之乳頭狀癌)。F.邊緣性卵巢癌。G.第一期黑色素瘤。H.第一期乳癌。I.第一期子宮頸癌。J.第一期大腸直腸癌。

(三)癌症(重度): 癌症(初期)和癌症(輕度)以外之癌症。

專案特色 多重癌症防護

第一重防護:

初次罹患癌症保險金 / 自出生後第一次確診罹患癌症單筆定額給付,等同優先提供保戶一筆醫療費用預備金。

第二重防護:

全方位癌症醫療 / 提供確診罹患癌症後一年內之癌症住院、出院、住院外科手術、化療、放療、標靶(達重度)及骨髓移植保障。

第三重防護:

照顧身後需求 / 倘確診罹患癌症後二年內因癌症身故,提供「初次罹患癌症身故保險金」給付,讓被保險人不須擔心身後家庭經濟負擔與喪葬費用。

投保須知 (本保險商品為非保證續保之健康保險)

※保險期間:一年期

※投保年齡:新保件計畫一限保險年齡20歲-60歲,計畫二限保險年齡0歲-49歲,計畫三限0-39歲,皆可續保至75歲。

※保險年齡:投保時,實際年齡有未滿一歲但超過六個月之零數時,其保險年齡按實際年齡加計一歲;若零數未超過六個月者,保險年齡即為實際年齡。

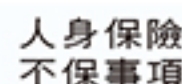
※等待期間:本初次投保需自契約生效後第九十一日始負保險給付責任,續保者如經本公司同意續保則不受本項所述九十日約定之限制。

※保險人於本契約有效期間內,經醫院醫師確定診斷初次罹患癌症,於申請理賠後,新安東京海上產物保險公司按本契約約定之保險金額給付「初次罹患癌症保險金」,本契約即行終止。但確定診斷一年內之住院、住院手術、化療、放療、標靶(達重度)投藥及骨髓移植皆仍可獲得理賠。若不幸於確定診斷起二年內因「癌症」而身故,可獲得理賠。

※其他未盡事宜悉依新安東京海上產物保險公司保單條款規定辦理,新安東京海上產物保險公司保留承保與否及調整保險費之權利。



總公司：台北市南京東路三段130號8-13樓 客服及免費申訴電話：0800-050-119
查詢本公司資訊公開說明文件之內容，請至本公司網站：<https://www.tmnnews.com.tw> 查詢



- 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。
- 本保險商品為非保證續保之健康保險。
- 核准文號：112年11月30日新安惠京海上112商字第0087號函件
- 兆鎮保經/輕鬆保73
電話(02)3233-2927

兆鎮保經/輕鬆保738客服
電話(02)3233-2927 傳真(02)3233-2264

核准文號：112年11月30日新安東京海上112商字第0087號函送保險商品資料庫

一、基本資料

保單號碼：

要保人	姓名： ☐ 男 ☐ 女		出生日期：民國 年 月 日		身分證字號 (統一證號)												
	住 所： ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ (通訊地址) 縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓																
	聯絡電話：手機： 住家： 公司：										國籍： ☐ 本國籍 ☐ 外國籍 (國名)						
	☐ 紙本 ☐ 電子保單(務必填寫E-mail)；若無勾選則印製紙本保單寄送 本人同意新安東京海上產物保險股份有限公司依「電子簽章法」相關規定，以電子文件與電子簽章之方式核發「電子保單」，並寄送至指定電子郵件帳號(E-mail)，且不另寄發紙本保單。 E-Mail： (僅限要/被保險人帳號E-mail)																
被保險人	被保險人與要保人關係： ☐ 本人 (以下粗框處資料免填) ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他																
	姓名： ☐ 男 ☐ 女		出生日期：民國 年 月 日		身分證字號 (統一證號)												
	住 所： ☐ 同要保人 / ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ (通訊地址) 縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓																
	☐ 同要保人 聯絡電話：手機： 住家： 公司：										國籍： ☐ 本國籍 ☐ 外國籍 (國名)						
	服務機構名稱		職位(職稱)		職業類別 (由保險公司填寫)		第 類 代碼：										
	工作內容(性質)		是否兼業 ☐ 否 ☐ 是，工作性質：														
詢問事項	※ 被保險人目前是否受有監護宣告？ ※ 被保險人是否領有身心障礙手冊或證明？															☐ 是(請提供) ☐ 否 ☐ 是(請提供) ☐ 否	
身故受益人	※保險金受益人：本契約保險金受益人除初次罹患癌症身故保險金外依條款所定為被保險人本人，本公司不受理另行指定。 ※法定繼承人與指定受益人請擇一勾選，倘未勾選，則視為指定被保險人之法定繼承人。																
	☐ 法定繼承人 ☐ 指定受益人(請填具下欄聯絡地址與電話),若受益人逾1人時，請填寫身故保險金給付方式，如未填寫，推定為均分，順位未填寫，推定為同一順位																
	姓 名	身分證字號	出生日期	與被保險人關係	國 籍	均分	順位	比例	聯絡電話	聯絡地址							
					☐ 本國籍 ☐ 外國籍 (國名)	☐		%		地址： ☐ 同要保人住所 / ☐ 同被保人住所							
					☐ 本國籍 ☐ 外國籍 (國名)			%		地址： ☐ 同要保人住所 / ☐ 同被保人住所							
					☐ 本國籍 ☐ 外國籍 (國名)			%		地址： ☐ 同要保人住所 / ☐ 同被保人住所							
如身故保險金受益人係身分別之指定或要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話，本公司將以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故保險金受益人之通知依據																	
要保人遇有保險費的退還或受益人保險金的申領時，應依據本保險契約之相關規定提供要保人或受益人之匯款帳戶資料																	
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：自民國 年 月 日午夜12時起一年止 (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」之相關規定辦理)																	

二、要保人及被保險人聲明事項

- (一) 本人（被保險人）同意(新安東京海上產物保險公司)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(新安東京海上產物保險公司)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(新安東京海上產物保險公司)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。

三、告知事項

- 要保人對於保險人之書面詢問事項，應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，新安東京海上產物保險公司得依保險法第64條之規定解除契約，保險事故發生後亦同，為保障您的權益，請務必親自填寫並確實告知。
- 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. 被保險人目前之身高體重： 身高： 公分 體重： 公斤	
2. 最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	☐ 是 ☐ 否
3. 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）	☐ 是 ☐ 否
4. 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。	☐ 是 ☐ 否
5. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	☐ 是 ☐ 否
6. 過去五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)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、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、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、腎囊腫。(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。	☐ 是 ☐ 否
7.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	☐ 是 ☐ 否
8.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？	☐ 是 ☐ 否
9.女性被保險人回答：是否已確知懷孕？如 ☐ 是，已經 週； ☐ 否	
※ 被保險人之健康情形若有上列2-9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)：	

四、承保內容

幣別/單位：新臺幣/元

保障內容(給付項目)		☐ 計畫一	☐ 計畫二	☐ 計畫三	
全心防癌癌症健康保險	初次罹患癌症身故保險金(確診日起二年內)	60 萬	100 萬	100 萬	
	初次罹患癌症保險金	30 萬	50 萬	100 萬	
	特定器官原位癌保險金(每器官限領1次)	3 萬	5 萬	10 萬	
初次罹患癌症標靶治療費用保險給付附加條款	初次罹患癌症標靶治療費用保險金(達癌症【重度】)	10 萬	20 萬	30 萬	
癌症住院醫療保險給付附加保險	確 診 日 起 一 年 內	癌症住院醫療保險金(單次住院最高60日)	1,500 /日	1,500 /日	1,500 /日
		癌症出院後療養保險金(單次住院最高60日)	1,500 /日	1,500 /日	1,500 /日
		癌症住院營養品補助金(連續住院達3日，以3次為限)	3,000 /次	3,000 /次	5,000 /次
		癌症長期住院醫療保險金(連續住院達31起算最高30日)	1,500 /日	1,500 /日	1,500 /日
		癌症住院特別慰問保險金(單次住院日數連續達91日以上)	10 萬/次	10 萬/次	10 萬/次
癌症治療保險給付附加保險	確 診 日 起 一 年 內	癌症放射線治療保險金(最高60日)	2,000 /日	3,000 /日	5,000 /日
		癌症化學治療保險金(最高60日)	1,000 /日	1,000 /日	1,000 /日
		癌症住院外科手術保險金(以3次為限)	1 萬/次	1 萬/次	1 萬/次
		癌症骨髓移植醫療保險金(以1次為限)	3 萬/次	5 萬/次	10 萬/次
年繳保費: _____ 元					
● 本人(要保人)已受告知並瞭解所投保商品之重要內容及投保須知等相關事宜。 ● 本人同意於本保險期間屆滿後，自本人提供之信用卡或帳戶中扣繳所需繳納之保險費，並經新安東京海上產險公司核保同意後，依「新安東京海上產物自動續約附加條款」之約定，逐年辦理自動續約。 ● 本人於填寫要保書時，已完成審閱 新安東京海上產險公司官網或其他管道，所提供本要保商品之「保單條款」。					
要保人及被保險人簽名欄	要保人簽名(親簽)： _____		被保險人簽名(親簽)： _____		
	法定代理人簽名(親簽)： _____		與被保險人關係： _____		
(要、被保險人未成年者須法定代理人簽名同意)		要保日期(投保日期)： _____ 年 _____ 月 _____ 日			

保險公司內部作業欄

業務招攬作業欄

單位名稱	管理人簽名	業務員簽名(親簽)	保經代簽署章	
經辦代號	員工編號	業務員登錄字號		
複核主管/核保人員	初核人員	校對	輸入	受理

..... 以下不屬於要保書範圍

☐ 信用卡繳費申請書 以下框處資料必填		持卡人已知悉新安東京海上產物保險(股)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。	
持卡人中文姓名：	身分證字號： -	持卡人與保單關係人： ☐ 要保人、被保險人、指定受益人 ☐ 要/被保險人之配偶、二親等內血親、法人負責人(檢附關係文件)	
卡號： - -	有效期限：至西元20 年 月 (恕不接受當月到期卡)		
發卡銀行：	卡別： ☐ 聯合信用卡 ☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB	持卡人電話：	簽帳日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
持卡人簽名： (與信用卡上簽名一致)	要保人簽章： (需與要保書相同)	業務員確認簽核： (註4)	
註：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。 5. 年齡達六十五歲(含)以上之實際繳交新契約保險費之利害關係人，如繳交保險費之資金來源為解約、貸款或保險單借款，應確認所購買保險商品無不利於本身投保權益之情形，並瞭解保險商品特性對本身之潛在影響及各種不利因素。			