

※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



商品不保事項

明台產物個人傷害保險要保書

保險期間：自民國 年 月 日午夜12時起，為期一年。

107.12.03 明商企字第 1070001366 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。			

※身故保險金受益人 (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	<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)
意外失能增額保障(按比例給付)	10萬	10萬	10萬	10萬	
地震特定事故增額保障保險金	200萬	400萬	600萬	1,000萬	
電梯特定事故增額保障保險金	300萬	600萬	900萬	1,500萬	
大眾運輸工具特定事故增額保障保險金	400萬	800萬	1,200萬	1,500萬	
重大燒燙傷保險金(按比例給付)	10萬	10萬	10萬	10萬	10萬
特別看護費用保障保險金	10萬	10萬	10萬	10萬	
第1~3類保費	970元	1,920元	2,870元	4,620元	
第4類保費	1,885元	3,715元			
第5類保費	2,855元				
第6類保費	3,635元				
傷害醫療計畫	<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 <input type="checkbox"/> 計畫三				
傷害	住院醫療保險金日額/90日	1,000元/日 1,500元/日	1,000元/日 2,000元/日	1,000元/日 3,000元/日	1,000元/日 1,500元/日
醫療	居家療養保險金日額/90日	500元/日	1,000元/日	2,000元/日	500元/日
日額	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3萬
	加護病房保險金日額/90日	2,000元/日	2,000元/日	3,000元/日	2,000元/日
	燒燙傷病房保險金日額/90日	3,500元/日	3,500元/日	3,500元/日	3,500元/日
	意外門診手術保險金	500元/次	500元/次	1,000元/次	500元/次
	食物中毒慰問保險金	6,000元/次	6,000元/次	6,000元/次	6,000元/次
	住院慰問保險金(連續住院三天)	3,000元/次	3,000元/次	3,000元/次	3,000元/次
	救護車運送保險金	最高500元	最高500元	最高500元	最高500元
	第1~3類保費	411元	463元	610元	
	第4類保費	835元	950元		531元
	第5類保費	1,292元			
	第6類保費	1,653元			
	每次實支實付傷害醫療保險金限額	<input type="checkbox"/> 限額3萬	<input type="checkbox"/> 限額5萬	<input type="checkbox"/> 限額5萬	<input type="checkbox"/> 限額3萬
	第1~3類保費	304元	362元	362元	
	第4類保費	635元	755元		304元
	第5類保費	988元			
	第6類保費	1,272元			
特定事故保險金最高給付限額	依特定事故保險金最高給付限額附加條款之約定，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。				
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)					

※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"/> 帕金森氏症。	
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，且一目視力經矯正後，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

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。

※本人已知悉並明瞭「明台產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」（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）內容約定最高給付金額為新臺幣200萬元。

※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	保經代簽署章	經手人代號	經紀人代號	統計單位	
業務員登錄字號		服務人代號			
業務員電話		輸 入		核 定	
分行(公司)名稱 / 代號			A70 真馨保		



首期保單號碼：_____ (由明台產物填寫) **信用卡繳付保費授權書**

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：_____

自動續約
非自動續約
※以上選項請務必擇一勾選

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、停用或有效期間到期等情事時，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，而致遺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。
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書關係失其效力。
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。

瞭解要 / 被保險人之需求及其適合度分析評估暨業務員報告書 (人身保險適用)

要保人姓名：		被保險人姓名：(與要保人同一人無須填寫)					
自然人	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 一職/行業 (填代碼)	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 一職/行業 (填代碼)					
	國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名)	國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名)					
法人	行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 一職/行業 (填代碼)	行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 一職/行業 (填代碼)					
	法人負責人： 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (國名)	法人負責人： 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (國名)					
法人發行無記名股票狀態： <input type="checkbox"/> 無發行 <input type="checkbox"/> 已發行； 法人是否訂有公司章程： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
註一職/行業：01 律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。02 軍火商、不動產經紀人。03 當舖業、融資從業人員。04 寶石及金屬交易商。05 藝術品/骨董交易商、拍賣公司。06 基金會、協會/寺廟、教會從業人員。07 博奕產業/公司。08 匯款公司、外幣兌換所。09 外交人員、大使館、辦事處。10 虛擬貨幣的發行者或交易商。							
本保件之招攬經過？ <input type="checkbox"/> 既有客戶 <input type="checkbox"/> 親戚介紹 <input type="checkbox"/> 朋友介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 要保人主動投保 <input type="checkbox"/> 其他							
要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選) <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他							
本保件家中主要經濟來源者： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 要保人之配偶 <input type="checkbox"/> 要保人之父母 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 其他							
本次投保的保險費來源為： <input type="checkbox"/> 薪資收入/公司紅利 <input type="checkbox"/> 投資收入 <input type="checkbox"/> 儲蓄 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 財產繼承/贈與 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 保單之解約金 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：							
要保人與被保險人財務狀況 (新臺幣萬元為單位，以阿拉伯數字填寫)							
財務狀況	個人工作年收入		約 _____ 萬元	<input type="checkbox"/> 50-74 萬元 <input type="checkbox"/> 75-99 萬元	<input type="checkbox"/> 100-199 萬元 <input type="checkbox"/> 200-300 萬元	被保險人(與要保人同一人無須填寫)	
	其他年收入 (如利息、投資等)		約 _____ 萬元	<input type="checkbox"/> 50-74 萬元 <input type="checkbox"/> 75-99 萬元	<input type="checkbox"/> 100-199 萬元 <input type="checkbox"/> 200-300 萬元	約 _____ 萬元	
	家庭年收入		約 _____ 萬元	<input type="checkbox"/> 50-74 萬元 <input type="checkbox"/> 75-99 萬元	<input type="checkbox"/> 100-199 萬元 <input type="checkbox"/> 200-300 萬元	約 _____ 萬元	
	資產(含動產與不動產)		新臺幣約 _____ 萬元		新臺幣約 _____ 萬元		萬元
*若要保人/被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和。 (如配偶為「主要經濟來源者」，請敘明配偶之工作內容)							
*若要保人/被保險人為未成年/學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。 *若累計同業投保金額超過被保險人家庭年收入 20 倍或保險費負擔、保障需求有明顯不相當之情形，請說明原因及保險費來源。							
要保人為法人時須填寫		要保單位前三年度平均營業額： <input type="checkbox"/> 100 萬以下 <input type="checkbox"/> 100 萬 - 500 萬 <input type="checkbox"/> 500 萬以上；資本額： _____ 萬 (要保單位為非營利團體者如：政府、學校、協會、基金會等免填營業額及資本額)					
*若身故受益人非指定為配偶、直系親屬，或法定繼承人，或其順位及應得比例非適用民法繼承編相關規定。請說明原因。							
要保人是否投保其他商業保險？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 被保險人是否投保其他商業保險？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 過去一年內要保人/被保險人是否居住於中華民國境外超過半年以上？若有，請說明居住國家(地區)..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 要保人或被保險人是否現任(或前任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如中央或地方民意代表、公務機關首長)？若是，請說明..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 客戶於本契約投保前三個月內是否有辦理貸款、保單借款或保單解約？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，請勾選借款人/解約申請人為本契約之 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 實際繳交保險費之利害關係人							
業務員招攬聲明事項 1.本人向要、被保險人招攬時，已確認要保人及被保險人符合投保之條件；已向要保人及被保險人確認要保人與被保險人，及被保險人與受益人之關係及身分；已確認要保人、被保險人及受益人身分，及要保人與被保險人所提供之身分證明文件(身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身分之文件等)與要保書填載之基本資料相符(至少應包含姓名、性別、出生年月日、身分證字號及聯絡方式；若為法人者，為法人之名稱、代表人、地址、聯絡電話)；已向要保人說明本次所繳交保險費是以購買保險商品、保險商品內容、繳納保險費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容；已親晤要/被保險人/法定代理人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤。 2.本人已確認本保單之規劃，要保人與被保險人已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之適當性(適合度)。 3.本人已確實提供「個人資料告知事項」及「人身保險投保須知」供保戶審閱。 4.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。 5.本人已詳細向保戶說明並提醒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。 註：執業之保險經紀人或保險代理人，為業務招攬，請於業務員欄簽章							
招攬單位：		業務人員親簽：		簽署人簽章：			
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日							
若其他有利於核保之資訊，請說明：_____							
備註欄：							

團體保險及保險金額新臺幣五百萬元(含)以下之旅行平安保險集體彙繳件招攬時，業務員報告書或其他招攬文件得以要保人(單位)為主填報一份即可。 109.03版

明台產物保險股份有限公司履行個人資料保護法告知義務內容

明台產物保險股份有限公司履行個人資料保護法告知義務內容
 明台產物保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：
 (一) 財產保險(0九三) (二) 人身保險(0〇一) (三) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)

二、蒐集之個人資料類別：
 一般個資(包括但不限於姓名、出生年月日、身分證統一編號、護照號碼、婚姻、職業、聯絡方式、財務情況及其他得以直接或間接方式識別個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容)、特種個資(病歷、醫療、健康檢查等，在法令許可範圍內者)。

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) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或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、對象、地區、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)公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡處理中心、財團法人台灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、關貿網路股份有限公司、衛生福利部中央健康保險署、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、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、依據個資法第三條規定，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：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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付(視業務性質記載)。

【註】：上開告知事項已公告於本公司官網 (<https://www.msig-mingtai.com.tw/>)，如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800-528-528 免付費客服專線。