

新光產物個人旅行綜合保險要保書

地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335

免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999

要保人可透過本公司網站<http://www.skinsurance.com.tw>

或至本公司總分支機構查閱資訊公開說明文件



ITP1130620003

113.05.03(113)新產傷發字第141號函送保險商品資料庫



保險單號碼		續保單號碼	
姓名/公司名稱	金大板	身分證號 統一編號	E 1 7 5 7 7 * * * *
代表人	(若要保人為自然人身份,此欄位免填)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡地址	110台北市信義區00XX	國籍/註冊地	<input checked="" type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國
保單寄送	※本保險僅提供電子保單,須填寫行動電話;如本公司遇特殊狀況無法寄送電子保單時,得改提供紙本保單。	電子信箱	(若為數字0,請以0書寫) yuchi@skinsurance.com.tw
關係	被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人(以下被保險人資料免填) <input type="checkbox"/> 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 僱傭 <input type="checkbox"/> 其他		
姓名	小美美	身分證號	A * 0 2 9 7 * * * *
電子信箱		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡地址		國籍/註冊地	<input checked="" type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國
保險期間	自民國 113 年 07 月 01 日 0時起 至 民國 113 年 07 月 05 日 0時止,共計 4 天		
旅行地區	日本-本島JP	投保人數	共 3 人(如被保險人人數超過一人,請填寫「被保險人名冊」)
詢問事項	※被保險人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? (一)實支實付型傷害醫療保險: <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (二)實支實付型醫療保險: <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※被保險人目前是否受有監護宣告? <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否,如勾選是者,請提供相關證明文件。		
告知事項	※被保險人是否已確知懷孕? <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否,如勾選是者,不得附加海外突發疾病醫療保險金。		

※以未滿15歲之未成年者為被保險人者,不含意外身故保險金。 ※失能保險金及醫療保險金之受益人均為被保險人本人,本公司不受理其指定或變更。
※指定身故受益人限為被保險人之配偶、子女、父母及兄弟姊妹,未指定者,視為同意以法定繼承人為身故保險金受益人。
法定繼承人 指定受益人,須填寫下列欄位

姓名	身分證號	與被保險人關係	聯絡住址、電話	給付方式
(1) 法定繼承人			<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話:	<input type="checkbox"/> 順位(依左列順序) <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例 1.____% 2.____%
(2)			<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話:	

承保範圍\方案	日韓暢遊方案
個人責任保險【自負額2,500】	200,000 元
旅程取消保險金(承保範圍不含傳染病及檢疫給付)	100,000 元
班機延誤保險金(保險期間給付二次事故為限)	每滿四小時 8,000 元,每次事故最高 16,000 元
旅程更改保險金(承保範圍不含傳染病及檢疫給付)	50,000 元
行李延誤保險金(延誤達6小時以上,返回原出發地或居住地不給付)	6,000 元
行李損失保險金(保險期間給付二次為限)	6,000 元
旅行文件損失保險金	3,000 元
班機改降慰問保險金(A)(保險期間給付二次為限)	4,000 元
劫機慰問保險金(最高給付10日)	-
食物中毒慰問保險金(保險期間給付一次為限)	-
信用卡盜用損失補償費用	50,000 元
行動裝置被竊損失保險金(保險期間給付一次為限)	-
旅行期間居家竊盜保險金	50,000 元
現金竊盜損失補償費用	5,000 元
租車事故補償保險金(保險期間給付一次為限)	2,000 元
海外緊急援助費用保險金	1,500,000 元
意外身故、失能保險金	保額: [詳如名冊] 萬【國外地區投保最高限額為1,500萬,國內地區投保最高限額為500萬】
意外失能、意外喪葬費用保險金【限未滿15歲投保】	保額: [詳如名冊] 萬【投保最高限額為69萬】
傷害醫療保險金【實支實付型】	保額: [詳如名冊] 萬【滿15歲:投保最高限額為旅行平安保險之保險金額10%】 【未滿15歲:投保最高限額為20萬,不受上述限制】
海外突發疾病醫療保險金(承保範圍不含傳染病給付)	保額: [詳如名冊] 萬【滿15歲:投保最高限額為旅行平安保險之保險金額10%】 【未滿15歲:投保最高限額為20萬,不受上述限制】 【限海外旅行者投保】
【1】+【2】總保險費(新台幣)	1623 元

聲明事項

一、本人(被保險人)同意新光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)同意新光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)同意新光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,申請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新光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新光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,而新光產物保險公司仍承保者,新光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新光產物保險公司者,同意新光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。

※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。
※本人(要保人、被保險人)於填寫要保書時,已審閱新光產物保險公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」及「投保人須知」。
※本人(被保險人、要保人)已確認詢問事項、告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。
※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」條款之內容及規定。
※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。
※保險法第64條規定,要保人對保險公司書面詢問事項及告知事項,不為說明或不實說明,保險公司得解除契約,並依同法第25條規定,無須返還保險費。

要保人親簽: **金大板** 法定代理人/監護人親簽: **小美美** 被保險人親簽: **小美美** 法定代理人/監護人親簽: **金大板**

本人(要保人)已審閱保險公司所提供之保險單條款 要保人親簽: **金大板** 法定代理人/監護人親簽: **金大板** **【父母代簽小孩名字】**

保經代資訊	業務人員/登錄字號	保經代簽署	核保	專案代號
收件號: DIRECT	經辦代號: U0020000			ITP 網路要保
單位代號: LINK	業務員簽名:			
員工編號	登錄字號: G13F779703			

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。

個人旅行綜合保險被保險人名冊

本名冊附於並構成整個要保書

※本契約以未滿15足歲之未成人為被保險人，不含身故保險金。

※本契約失能保險金及醫療保險金的受益人均為被保險人本人，本公司不受理其指定及變更。

※被保險人身故時，如本契約失能保險金及醫療保險金尚未給付或未完全給付，則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。

※前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。

編號	被保險人姓名(親簽) <small>※本人(被保險人)已確認聲明事項之內容請於下方欄位簽名。 (如被保險人為未滿10歲、精神障礙、心智缺陷或受監護宣告及輔助宣告者，請由法定代理人或監護人親簽。)</small>	身分證號碼	出生日期	保險金額					身故保險金受益人 <small>(失能保險金及傷害醫療保險金的受益人均為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。)</small>		保險費 (新台幣元)	被保險人是否為孕婦(勾選是者，不得附加海外突發疾病醫療保險金。)	被保險人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？	
				意外身故失能(萬元)	意外失能、意外喪葬費用保險金(萬元)	傷害醫療保險給付(萬元)	重大燒燙傷保險給付(萬元)	海外突發疾病醫療保險(萬元)	姓名 身分證號碼	與被保險人關係				
01	小美美 小美美	A10297****	112/01/01		69	3		3		法定繼承人		541	否	(一)實支實付型傷害醫療保險：●是 ○否 (二)實支實付型醫療保險：●是 ○否
02	小明 小明	Q26645****	112/01/01		69	3		3		法定繼承人		541	否	(一)實支實付型傷害醫療保險：●是 ○否 (二)實支實付型醫療保險：●是 ○否
03	小王 小王	B18182****	112/01/01		69	3		3		法定繼承人		541	否	(一)實支實付型傷害醫療保險：●是 ○否 (二)實支實付型醫療保險：●是 ○否

【以上皆可由父母代簽小孩名字】