

請確認基本資料

(預留條碼)

114.05.14 新產精發字第 1140000228 號函備查

保險單號碼		續保單號碼																
姓名/公司名稱	王大光	身份證號 統一編號	A 1 2 3 4 5 6 7 8 9															
代表人	(若要保人為自然人身份,此欄位免填)	性別	☒ 男 ☐ 女															
聯絡地址	1004-台北市 XX 區 XXXX 路 XX 段 XX 號	國籍/註冊地	☒ 本國 ☐ 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	123456789@gmail.com															
關係	被保險人之 ☒ 本人(以下被保險人資料免填) ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 兄弟姊妹 ☐ 僱傭 ☐ 其他	行動電話	0912345678															
姓名	王大光	身份證號	A 1 2 3 4 5 6 7 8 9															
電子信箱		性別	☒ 男 ☐ 女															
聯絡地址	1004-台北市 XX 區 XXXX 路 XX 段 XX 號	國籍/註冊地	☒ 本國 ☐ 外國															
保險期間	自民國 114 年 01 月 01 日 0 時起 至 民國 114 年 01 月 05 日 0 時止,共計 4 天																	
旅行地區	日本-本島 JP	投保人數	共 4 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: ☒ 是 ☐ 否 (二)實支實付型醫療保險: ☒ 是 ☐ 否																	
告知事項	※被保險人是否已確知懷孕? ☐ 是 ☒ 否,如勾選是者,不得附加海外突發疾病醫療保險金。																	
受益人	※以未滿 18 足歲之未成年人為被保險人者,不含意外身故保險金。 ※失能保險金及醫療保險金的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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>姓名</th> <th>身份證號</th> <th>與被保險人關係</th> <th>聯絡住址、電話</th> <th>給付方式</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) 法定繼承人</td> <td></td> <td></td> <td>☐同要保人聯絡地址/電話 ☐同被保險人聯絡地址/電話</td> <td>☐順位(依左列順序) ☐均分</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td></td> <td></td> <td>☐同要保人聯絡地址/電話 ☐同被保險人聯絡地址/電話</td> <td>☐比例 1. % 2. %</td> </tr> </tbody> </table>			姓名	身份證號	與被保險人關係	聯絡住址、電話	給付方式	(1) 法定繼承人			☐ 同要保人聯絡地址/電話 ☐ 同被保險人聯絡地址/電話	☐ 順位(依左列順序) ☐ 均分	(2)			☐ 同要保人聯絡地址/電話 ☐ 同被保險人聯絡地址/電話	☐ 比例 1. % 2. %
姓名	身份證號	與被保險人關係	聯絡住址、電話	給付方式														
(1) 法定繼承人			☐ 同要保人聯絡地址/電話 ☐ 同被保險人聯絡地址/電話	☐ 順位(依左列順序) ☐ 均分														
(2)			☐ 同要保人聯絡地址/電話 ☐ 同被保險人聯絡地址/電話	☐ 比例 1. % 2. %														
承保範圍\方案		保障方案 B(含海突傳染病) (新台幣:元)																
個人責任保險【自負額 2,500 元】		200,000 元																
旅程取消保險金(承保範圍不含傳染病及檢疫給付)		30,000 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 3,000 元,每次事故最高 6,000 元																
旅程更改保險金(承保範圍不含傳染病及檢疫給付)		30,000 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)		3,000 元																
行李損失保險金(保險期間給付二次為限)		3,000 元																
旅行文件損失保險金		2,000 元																
班機改降慰問保險金(A)(保險期間給付二次為限)		3,000 元																
劫機慰問保險金(最高給付 10 日)		3,000 元																
食物中毒慰問保險金(保險期間給付一次為限)		3,000 元																
信用卡盜用損失補償費用		20,000 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		-																
現金竊盜損失補償費用		-																
租車事故補償保險金(保險期間給付一次為限)		-																
【2】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 足歲投保】		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																
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【限海外旅行者投保】																
海外突發疾病醫療保險金(A)(承保範圍含傳染病給付)		保額: [詳如名冊] 萬【限海外旅行者投保】																
【1】+【2】總保險費(新台幣)		1268 元																
一、本人(被保險人)同意新光產物保險公司建立電腦系統連線,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。 二、本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險公司之範圍內,有為蒐集、處理及利用之權利。 三、本人(被保險人、要保人)已知悉,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,而新光產物保險公司仍承保者,新光產物保險公司對該商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險,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。 四、本人(被保險人、要保人)已知悉,投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者,請詳閱「投保書填寫說明」、「保險單條款」及「投保人須知」。 五、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。 六、本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐嚇主義行為保險限額給付附加條款」條款之內容及規定。 七、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。 八、保險法第 64 條規定:要保人對保險契約告知事項,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,無須退還保險費。																		
要保人親簽: 王大光 法定代理人/監護人親簽: 被保險人親簽: 法定代理人/監護人親簽: (要保人未成年或受監護宣告者須簽章) (被保險人未成年或受監護宣告者須簽章)																		
本人(要保人)已閱覽貴公司所供之保險單條款 要保人親簽: 王大光 法定代理人/監護人親簽: (要保人未成年或受監護宣告者須簽章)																		
保經代資訊		招攬人員/登錄字號																
收件號:	經辦代號:																	
單位代號:	招攬人員簽名:																	
員工編號:	登錄字號:																	
網路要保																		

要保人
需親簽兩處

被保險人 2 人以上
請至名冊親簽

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

編號	被保險人姓名（親簽） ※本人(被保險人)已確認聲明事項之內容請於下方欄位簽名。 (如被保險人未滿7歲、精神障礙、心智缺陷或受監錄宣告及輔助宣告者，請由法定代理人或監護人親簽)	法定代理人本人簽名 ※被保險人未滿18歲需加簽	身分證號 出生日期	保險金額					身故保險金受益人 (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。)		保險費 新台幣 (元)	被保險人是否 為孕婦？
				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（含傳染病）（萬元）	姓名/身分證號碼	與被保險關係		
1	王大光王大光 請簽王大光		A12345**** 70/10/10	500		50		50	法定繼承人		464	否
2	張小新張小新 請簽張小新		A22345**** 75/08/07	500		50		50	法定繼承人		464	否
3	王美美王美美 請簽王美美	王大光 法代請簽名	A21223**** 104/04/09	69		6		6	法定繼承人		170	否
4	王小光王小光 請簽王小光	王大光 法代請簽名	A12223**** 110/05/14	69		6		6	法定繼承人		170	否
5												
6												
7												
8												
9												
10												

簽名說明：

滿18歲：被保險人本人簽名

滿7歲~未滿18歲：小孩(被保險人)簽名，法代也需簽名

未滿7歲：法定代理人代簽小孩(被保險人)名字，法代也需簽名