

(預留條碼)

請填寫確認黃底欄位

115.04.23 新產精發字第 1150000149 號函備查

保險單號碼 (由新光產物人員填寫)		合約號碼 (由新光產物人員填寫)	
要保人	姓名/公司名稱 王大光	身分證號 統一編號 A123456789	出生日期 民國 70 年 10 月 10 日
	代表人 (若要保人為自然人身份,此欄位免填)	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業/行業 教師
	聯絡地址 (此欄位必填) □□□□-□□□□台北市 XX 區 XXXX 路 XX 段 XX 號	國籍/註冊地 <input checked="" type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	行動電話 (此欄位必填) 0912345678
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 (若為數字0,請以0書寫)(此欄位必填)	
保險期間	*此欄位由新光產物人員填寫 自民國 年 月 日 時起 至 民國 年 月 日 時止(每次賠償責任期間由要保人與本公司另行約定)		
被保險人	要保人即為主被保險人,其餘被保險人詳如名冊 ※主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。		
【1】 旅行 平安 保險	承保範圍	方案別	海外醫療一般型
		適用年齡	海外醫療加值型或申報保險適用
		未滿 15 足歲	未滿 15 足歲
		71歲-80歲	15 足歲-70 歲
意外身故、失能保險金			15 足歲-70 歲
意外失能、意外喪葬費用保險金	最高 69 萬		最高 9 萬
傷害醫療保險金【實支實付型】	20 萬	10 萬	15 萬
海外突發疾病住院醫療保險金(承保範圍不含傳染病)	每次賠償責任期間擇一申報	20 萬	15 萬
海外突發疾病急診/門診醫療保險金(承保範圍含傳染病)		20 萬	15 萬
海外突發疾病住院醫療保險金(A)(承保範圍含傳染病)		20 萬	15 萬
海外突發疾病急診/門診醫療保險金(A)(承保範圍含傳染病)		20 萬	15 萬
【2】 海外 旅行 不便 保險		樂遊基本型	樂遊豪華型
個人責任保險【自負額 2,500】		限額 1,000,000	限額 1,000,000
旅程取消保險金		限額 100,000	限額 100,000
班機延誤保險金(保險期間給付二次事故為限)		每滿四小時 4,000 元 每次事故最高 8,000 元	每滿四小時 6,000 元 每次事故最高 12,000 元
行程更改保險金		限額 60,000	限額 100,000
行李延誤保險金(保險期間給付二次為限)		每次 4,000	每次 6,000
行李損失保險金(保險期間給付二次為限)		每次 4,000	每次 6,000
旅行文件損失保險金(保險期間給付二次為限)		每次 3,000	每次 3,000
班機改降慰問保險金(A)(保險期間給付二次為限)		每次 6,000	每次 8,000
劫機慰問保險金(最高給付 10 日)		每日 20,000	每日 20,000
食物中毒慰問保險金(保險期間給付一次為限)		每次 3,000	每次 3,000
租車事故補償保險金(保險期間給付一次為限)		每次 1,000	每次 2,000
信用卡盜用損失補償費用		限額 100,000	限額 100,000
旅行期間居家竊盜保險金		限額 50,000	限額 100,000
總保險費(新台幣)		依每次賠償責任期間天數及人數計算	
<p>聲明事項</p> <p>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。</p> <p>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,以作為核保或理賠之參考,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。</p> <p>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,依「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。</p> <p>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金或實支實付型醫療保險金,係指商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險,其理賠金額依該保險條款約定給付,與新光產物保險公司對同一保險事故中已獲得之賠款無涉。</p> <p>※投保後解約或不續繳費可能不利消費者</p> <p>※本人(要保人、被保險人)於填寫要保書時,應詳閱本保險單條款及「投保人須知」。</p> <p>※本人(被保險人、要保人)已確認詢問保險單條款及「投保人須知」。</p> <p>※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭本保險之保險利益及規定。</p> <p>※身故保險金受益人如係分別之指定及如無指定,則以要保人最後所留之聯絡方式,作為日後身故保險金之受益人。</p> <p>※保險法第 64 條規定,要保人對保險公司書面詢問事項,應據實說明,並依同法第 25 條規定,無須返還保險費。</p>			
要保人 需親簽兩處		主被保險人 親簽此處 (主被保險人即為要保人)	
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)		被保險人親簽: 王大光 法定代理人/監護人親簽: (被保險人未成年或受監護宣告者須簽章)	
本人(要保人)已審閱貴公司所提供之保險單條款			
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	
收件號:	經辦代號:	未成年/受監護宣告 法定代理人/監護人也需親簽	
單位代號:	招攬人員簽名:		
員工編號:	登錄字號:		

請填寫確認黃底欄位

銀行：XX銀行

信用卡別： VISA MASTER

信用卡卡號：1111 - 2222 - 3333 - 4444

信用卡有效期限：西元20 29 年 12 月底止

持卡人姓名(正楷)：王大光

持卡人身分證號碼(必填)：A123456789

持卡人與要保人關係： 本人 (持卡人限要保人本人)

持卡人行動電話(必填)：0912345678

本人向新光產物保險股份有限公司(下稱新光產險)申請使用電話投保方式，並授權由指定之信用卡繳納保險費，並願遵守下列注意事項及授權約定事項，並於下方簽名表示同意...

請於下方簽名欄位親簽

全知悉與要保人關係，並同意以信用卡支付上開帳帳內容予本公司並進行持卡人身分驗修訂之。

要保人簽名：王大光 (須與要保書簽名一致) 授權人暨持卡人簽名：王大光 (須與信用卡背面簽名一致) 日期：113 年 06 月 01 日

新光產物保險需求及適合度分析評估暨業務員報告書

Form containing sections for '要保人' (Applicant), '被保險人' (Insured), and a detailed '業務員聲明事項' (Business Statement) with 22 numbered questions regarding policy suitability and disclosure.

個人旅行保障綜合保險被保險人名冊

本名冊附於並構成整個要保書

被保險人基本資料						身故保險金受益人資料欄位						
<small>※限要保人本人(主被保險人)、要保人之配偶、要保人之二親等血親以內之親屬(父母、(外)祖父母、兄弟姊妹、子女、(外)孫子女)</small>						<small>※指定身故受益人限定為被保險人之配偶、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。 <small>※備註:受益人超過1人時請詳述保險金分配及順序方式。</small></small>						
編號	被保險人	身分證號碼	出生日期 <small>*填寫民國年、月、日</small>	是否受有 監護宣告 <small>(若有請提供相關證明文件)</small>	與要保 人關係	被保險人親簽/ 法定代理人親簽 <small>*被保險人未成年者須加蓋</small>	受益人姓名	身分證號碼	與被保 人關係	給付 方式	聯絡電話 <small>(同要保人免填)</small>	聯絡地址 <small>(同要保人免填)</small>
1	同要保人本人					首頁已親簽	1. 法定繼承人			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
2	張小新	A223456789	75年8月17日	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	配偶	張小新	1. 法定繼承人			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
3	王美美	A212233445	104年04月09日	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	子女	王美美 王大光	1. 法定繼承人			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
4	王小光	A122233445	110年05月14日	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	子女	王小光 王大光	1. 法定繼承人			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
5			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
6			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
7			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
8			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
9			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
10			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			2.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
11			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 2.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
12			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 2.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
13			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 2.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
14			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 2.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
15			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 2.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		

請填寫確認黃底欄位

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，並於下方由法代簽法代姓名
 未滿7歲：法定代理人代簽小孩(被保險人)名字，並於下方由法代簽法代姓名

※本人(被保險人)已確認聲明事項之內容請於上方欄位簽名。(如被保險人為未成年、或受監護宣告尚未撤銷者，請由法定代理人或監護人親簽。)
 ※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。