

泰安產物海外旅行綜合保險 要保書

要保書文號：107.09.05(107)精企字第 163 號函送保險商品資料庫

單位:新台幣

保險種類	保險內容	方案 A (T2)	方案 B (T2)	方案 C (T2) (限未滿 15 足歲以下投保)
主保險契約	旅行責任保險(自負額：5,000 元/每次)		10 萬元	
	旅行文件重置費用(限額給付)		1 萬元	
	行李延誤費用(最高二次)		3,000 元	
	班機延誤慰問金(最高一次)		3,000 元	
	班機改降補償金(最高一次)		5,000 元	
	額外住宿費用(最高 10 日)		3,000 元	
	旅程取消或縮短費用(限額給付)		5 萬元	
	劫機慰問金(最高 10 日)		5,000 元	
	食物中毒慰問金(最高一次)		3,000 元	
	緊急救援費用(限額給付)		150 萬元	
	行李損失補償費用 (限額給付)		1 萬元	
附加保險	旅行平安保險(未滿 15 足歲僅適用失能保險金)	100 萬元	200 萬元	100 萬元
附加	傷害醫療保險給付附加條款(實支實付型)		150 萬元	
	新海外突發疾病醫療保險附加條款	住院醫療費用保險金	100 萬元	
		門診醫療費用保險金	海外突發疾病住院醫療費用保險金千分之六	

※基本資料

要保人/單位				聯絡電話	公：_____ 分機：_____
				宅：_____	手機：_____
身分證字號/統一編號		旅行地點 (國家/城市)		旅遊目的	<input type="checkbox"/> 觀光 <input type="checkbox"/> 出差 <input type="checkbox"/> 遊學 <input type="checkbox"/> 其他_____
與被保險人關係				交通工具	<input type="checkbox"/> 飛機 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 火車 <input type="checkbox"/> 遊覽車 <input type="checkbox"/> 其他_____
通訊地址	□□□			E-mail	
保險期間	自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	時起，共計 _____ 天		總保險費 合計(NT\$)	

※被保險人名冊(2 人以上請另外填寫)

編號	被保險人姓名 出生年月日	身分證字號	投保 方案	1.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(請勾選)? 2.被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)?(如勾選是者,請提供 相關證明文件。)	身故保險金受益人			保險費 (新台幣元)	被保險人簽名 (已詳讀以下聲明事項) 未滿 20 足歲之要/被 保險人均須法定代 理人簽名確認)
					姓名/ 與被保險人關係	給付分配 (均分順位比例)	身分證字號		
1	_____年 _____月 _____日			實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 目前是否受有監護宣告： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否					被保險人請親自簽名
2	_____年 _____月 _____日			實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 目前是否受有監護宣告： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否					被保險人請親自簽名

【告知事項】

依保險法第 64 條規定，要保人及被保險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，或為不實之說明，而影響危險評估，則本公司得解除契約且無須退還所交之保險費；保險事故發生後亦同。為保障您的權益，應親自填寫要保書。

本要保書內所填各項資料，均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事，足為與 貴公司訂立保險契約之基礎，要保人並願接受該保險契約各項條款及規定之約束。

【聲明事項】

- 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴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。
- 本人(要保人)已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴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。
- 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 貴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 貴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 貴公司仍承保者，貴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 貴公司者，同意 貴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。

此致 泰安產物保險股份有限公司

要保人/要保單位簽章：_____ 法定代理人簽章：_____ 申請投保日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(要/被保險人未滿 20 足歲者，請法定代理人簽名)

【注意事項】

- 依保險法第 107 條及第 135 條規定，以未滿 15 足歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿 15 足歲之日起發生效力。投保保險未滿 15 足歲僅適用失能保險金。
- 對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或其有關之行動，不論其是否有其他原因或事件同時或先後介入所致被保險人死亡或失能，本公司對被保險人投保本公司附加有「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之全部傷害保險(含主契約及附約)之給付金額，合計給付最高以新台幣貳佰萬元為限。(92.12.29 財政部台財保第 0920073327 號函核准)
- 配合保險法第 29 條規定，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受益人之通知依據。

以下由保險業務員填寫			以下由泰安產物保險公司填寫		
姓名(正楷/親簽)	登錄證字號	單位	保險代理人/ 經紀人簽章	經手代號	業務來源
聯絡電話	收件日期	備註		保經代代號	核保人員
					輸入人員

泰安產物海外旅行綜合保險被保險人名冊

本名冊附於要保書並構成保險契約之一部份

要保人:

編號	被保險人			身故保險金受益人			投保方案	保險費 (新台幣元)
	姓名/簽署	身分證字號/ 護照號碼	出生 年月日	姓名/ 與被保險人關係	給付分配 (均分/順位/比例)	身分證字號		
				聯絡電話 / 住所或聯絡地址				
1								
	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 (請勾選)? 實支實付型傷害醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 ; 實支實付型醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 被保險人目前是否受有監護宣告? (請勾選) <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者, 請提供相關證明文件。)							
2								
	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 (請勾選)? 實支實付型傷害醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 ; 實支實付型醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 被保險人目前是否受有監護宣告? (請勾選) <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者, 請提供相關證明文件。)							
3								
	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 (請勾選)? 實支實付型傷害醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 ; 實支實付型醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 被保險人目前是否受有監護宣告? (請勾選) <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者, 請提供相關證明文件。)							
4								
	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 (請勾選)? 實支實付型傷害醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 ; 實支實付型醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 被保險人目前是否受有監護宣告? (請勾選) <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者, 請提供相關證明文件。)							
5								
	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 (請勾選)? 實支實付型傷害醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 ; 實支實付型醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 被保險人目前是否受有監護宣告? (請勾選) <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者, 請提供相關證明文件。)							
6								
	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 (請勾選)? 實支實付型傷害醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 ; 實支實付型醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 被保險人目前是否受有監護宣告? (請勾選) <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者, 請提供相關證明文件。)							
7								
	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 (請勾選)? 實支實付型傷害醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 ; 實支實付型醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 被保險人目前是否受有監護宣告? (請勾選) <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者, 請提供相關證明文件。)							
8								
	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 (請勾選)? 實支實付型傷害醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 ; 實支實付型醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 被保險人目前是否受有監護宣告? (請勾選) <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者, 請提供相關證明文件。)							
9								
	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 (請勾選)? 實支實付型傷害醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 ; 實支實付型醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 被保險人目前是否受有監護宣告? (請勾選) <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者, 請提供相關證明文件。)							
10								
	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 (請勾選)? 實支實付型傷害醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 ; 實支實付型醫療保險: <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 被保險人目前是否受有監護宣告? (請勾選) <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者, 請提供相關證明文件。)							