



美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司
旅行平安綜合保險要保書

99.02.03 北增商字號 0990064 號函備查
100.08.01 依 100.06.09 金管保品字第 10002524863 號函進行修正

- ◎本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：www.ace-ina.com.tw 或洽免付費服務專線 0800-608-989 或至本公司查詢。
- ◎本公司經本公司合格簽署人檢閱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，消費者仍應詳閱保險契約各項權利義務條款，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。
- ◎保險契約各項權利義務皆詳列於保險單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
- ◎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。

個人件 集體投保彙繳保件 (請勾選)

保單號碼：_____ 要保書編號：_____

要保人	要保人(要保單位)姓名	身分證字號/護照號碼/統一編號：	與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> _____	
	聯絡地址：□□□□□□		電話：	傳真：
被保險人	被保險人姓名	身分證字號/護照號碼：	出生年月日：	
	<input type="checkbox"/> 另附名冊(投保總人數：_____人)			
	住居所地址：□□□□□□ (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)		旅行目的： <input type="checkbox"/> 觀光 <input type="checkbox"/> 出差 <input type="checkbox"/> 遊學 <input type="checkbox"/> 其它_____	旅行方式： <input type="checkbox"/> 飛機 <input type="checkbox"/> 遊覽車 <input type="checkbox"/> 輪船 <input type="checkbox"/> 其它_____
險人	身故保險金受益人：_____ (註明順位/比例)與被保險人關係_____		目的地： <input type="checkbox"/> 本島 <input type="checkbox"/> 離島 <input type="checkbox"/> 海外(請註明)_____	
	契約生效日：民國_____年_____月_____日 時起(24小時制)至_____年_____月_____日 時止共計_____天(註一)			
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？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (請詳述) _____				

保險種類 (請勾選)	保障內容	保險金額(新台幣) (請自行填寫)	
<input type="checkbox"/> 旅行平安保險	意外身故及殘廢保險(註二) 意外傷害醫療保險	_____萬元	_____萬元
<input type="checkbox"/> 海外突發疾病健康保險 (限旅行目的地為海外地區者投保)	海外突發疾病住院醫療保險 海外突發疾病門診醫療保險	_____萬元	海外突發疾病住院醫療費用保險金之千分之六
<input type="checkbox"/> 海外旅行綜合保險 (個人保障型) (限旅行目的地為海外地區者投保)	承保項目	<input type="checkbox"/> 經濟型	<input type="checkbox"/> 豪華型
	1.旅程取消保險	120,000元	120,000元
	2.旅程縮短保險	120,000元	120,000元
	3.旅行文件損失保險	1,000元	10,000元
	4.旅程延誤保險(註三)	1,500元	9,000元
	5.行李損失保險(註四)	10,000元	80,000元
	6.行李延誤費用保險	4,500元	4,500元
	7.第三人責任保險	1,000,000元	4,000,000元
	8.旅行期間居家竊盜保險(註五)	10,000元	50,000元

每人保險費：_____元 × 被保險人人數：_____人 保險費合計：_____元

*海外突發疾病健康保險所稱「突發疾病」係指被保險人非係以獲得海外醫療為目的，並在每次出國前九十天以內未曾接受過該項疾病之診斷、治療或用藥，且需即時在醫院或診所治療始能避免損害身體健康之疾病；若該項疾病已完全治療痊癒而在海外期間再度發生者，亦視為突發疾病。

注意事項：
被保險人若因非約定之事故而致保險契約效力終止時，本公司將依保險契約條款之約定退還未到期保險費給要保人。
要保人及被保險人聲明事項：
1.本人(被保險人)同意美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱美商安達保險)查閱本人相關之醫療記錄及病歷資料。
2.本人(被保險人、要保人)同意美商安達保險將本要保書上載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
3.本人(被保險人、要保人)同意美商安達保險得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。
4.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美商安達保險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美商安達保險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，而美商安達保險仍承保者，美商安達保險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美商安達保險者，同意美商安達保險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。
C「聲明事項」之內容應由要保人及被保險人親自確認後簽名。C如填寫時有塗改任何資料請於塗改處簽名確認。

註一：所載日時以中原標準時間為準。註二：以未滿15歲之未成人為被保險人時，本欄僅為「殘廢保險金額」。註三：對於被保險人之延誤，每滿6小時本公司給付新台幣1,500元，但最高給付金額以本保險單所載保險金額為限。註四：對於每件物品之損失，本公司所負之責任最高以新台幣8,000元為限，且所有物品合計最高之理賠金額以保險單上所載之保險金額為限。註五：所承保建築物以被保險人自有者為限。註六：其他規定事項詳條款內容規定。

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ (未滿20歲須請法定代理人簽名)

被保險人簽名：_____ 申請日期：民國_____年_____月_____日

C保單暨收據寄送地址：聯絡地址 住居所地址 保經/代轉送 其它地址：_____ (未勾選將寄送至聯絡地址)

【下欄由保險經紀人/代理人及保險公司填寫】

業務單位：宏運保險代理人	業務員簽名：	聯絡電話： (02) 2242-9508	保險經紀人/代理人簽署人章	保險公司經辦：	保險公司覆核：
備註：	登錄證字號：	傳真： (02) 8192-6419			

----- (以下內容非本要保書一部份) 請填寫以下注意事項 -----

◎要/被保險人投保目的及需求是為增加旅行風險保障？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明) _____	保經代業務員簽名
◎要/被保險人家庭年收入或財務狀況： <input type="checkbox"/> 0-50萬 <input type="checkbox"/> 51萬-100萬 <input type="checkbox"/> 101萬-200萬 <input type="checkbox"/> 201萬-300萬 <input type="checkbox"/> 300萬-500萬	
◎要/被保險人已知悉金融消費者保護法揭露內容？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

電傳人：_____ 通路：_____ 代號：_____ 電話：_____ 傳真：_____ 101.02.01 製~宏運保代/安達旅平傳真回覆專線：(02) 8192-6419