



南山產物旅行平安保險要保書

總公司：台北市中正區忠孝西路一段6號18樓
電話：02-2316-1188

95.11.17(95)央保商企字第117號函備查
107.03.01 南山保字第1070000053號函送保險商品資料庫

※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，基於保險公司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。
※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。
※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
※查詢本公司資訊公開說明文件，請上本公司網站，網址：www.nanshngeneral.com.tw，或至本公司索取。
※免費申訴電話：0800-020-060。

一、 要保人姓名：_____ 代表人：_____ (要保人為法人時需填寫)
身分證號碼(統一編號)：_____ 出生年月日：_____年_____月_____日 性別：男 女
電話：_____ E-mail：_____ ©若為大陸地區人民，請打勾：
住 所：

二、 保險期間：自民國_____年_____月_____日_____時起至民國_____年_____月_____日_____時止，共_____日

三、 旅行地點：_____ 交通工具：飛機，航班：_____ 客輪 遊覽車 其他_____

四、 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)。
(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

五、 保險項目：
 1. 旅行平安保險 2. 傷害醫療保險給付附加條款：實支實付型 住院日額型

六、 被保險人資料、保險金額：

被保險人姓名	出生年月日 性別	身分證號碼 (護照號碼)	住所	與要保人關係	身故保險金 受益人 與被保險人 關係	保 險 金 額				被保險人 簽名 <small>(未滿20足歲者，尚須法定代理人簽名)</small>
						旅行平安保險 身故保險金	殘廢保險金	傷害醫療 實支實付	傷害醫療 住院日額	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	萬	元	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	萬	元	

身故保險金受益人之聯絡地址：_____ 電話：_____ 不同意填寫聯絡方式
※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，作為身故保險金受益人之通知依據。
※身故受益人除特別指定比例或順位外，以均分方式辦理，惟身故受益人指定為法定繼承人者，除有另行指定外，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定。

對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動所致被保險人死亡或殘廢，南山產物對附加有「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之傷害保險，其給付金額最高以新台幣二百萬元為限。

其餘被保險人資料詳被保險人名冊 繳費別及保險費：一次交付，合計_____元

※ 聲明事項：
1. 本人(被保險人)同意南山產物保險股份有限公司(以下簡稱南山產物)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。
2. 本人(被保險人、要保人)同意南山產物將本要保書上之本人資料轉送產、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。
3. 本人(被保險人、要保人)同意南山產物就本人之個人資料，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。
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南山產物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南山產物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，而南山產物仍承保者，南山產物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南山產物者，同意南山產物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。

※ 本人已審閱並知悉南山產物所提供與說明有關本保險商品重要內容及風險之投保須知。

要保日期：_____年_____月_____日

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ 【本要保書內容關係戶權益，敬請保戶親自填寫並簽章。】

業務員簽名：	業務員登錄字號：	業務代號：	通訊處：	手機：
			通訊處電話：	編號：

核 保	覆 核	輸 入 / 出 單	受 理	收 費

被保險人監護宣告詢問事項

配合保險法部分條文修正，為瞭解被保險人目前是否受有監護宣告，請要保人回答下列詢問事項：

報備編號/保單號碼	
-----------	--

請問本次投保之被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)?

- 是，除以下被保險人外，其餘被保險人目前皆未受有監護宣告，並請以下被保險人提供證明文件。
 否，確認本次投保之被保險人，目前皆未受有監護宣告。

被保險人姓名及簽名					
法定代理人簽名					

※本人(被保險人、要保人)已經瞭解上述所列問題並以確實勾選。

要保人簽名：_____

(未滿七足歲或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。)
(民法第 1098 條「監護人於監護權限內，為受監護人之法定代理人」)

(本文件需簽名之欄位，已由簽名欄所稱之當事人本人親自簽名，且經業務員親視親簽名無誤。)

業務員簽名：_____

日期： 年 月 日