



地址：台北市104建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
免費申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999
要保人可逕逕本公司網站http://www.skinsurance.com.tw
或至總公司、分公司及通訊處查詢資訊公開說明文件

新光產物旅行平安保險(標準型)要保書

104.12.11(104)新產精發字第 1259 號函備查
107.08.17 依據金融監督管理委員會 107.06.07 金管保壽字第 10704158370 號函修訂
(由新光產物人員填寫)

保險期間	自民國 年 月 日 時起 至民國 年 月 日 時止，共 天	保單號碼	
------	----------------------------------	------	--

要保人基本資料			
姓名			身分證號碼/ 統一編號
聯絡住址	□□□		電子保單 (同意請勾選)
聯絡電話	行動電話	電子信箱	

被保險人基本資料*			
姓名	身分證號碼	出生日期	年 月 日
與要保人關係	要保人之 ○本人 ○配偶 ○子女 ○父母 ○其他	*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 *被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明? ○是 ○否, 如勾選是者,請提供。 *被保險人目前是否受有監護宣告? ○是 ○否, 如勾選是者,請提供相關證明文件。	
聯絡住址	○ 同要保人聯絡住址 □□□	聯絡方式	聯絡電話: 行動電話:
旅行地點	啟程地: _____ 目的地: _____	投保人數	另投保旅平險合計
交通工具	○ 遊覽車、火車 ○ 飛機、船舶 ○ 其他 _____	旅行目的	○ 旅遊 ○ 出差、考察 ○ 其他 _____

受益人資料			
身故受益人	身分證號	與被保險人關係	聯絡電話
			聯絡住址 □□□

失能保險及醫療保險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

保障內容/保險金額*		保險費*
*如被保險人數超過一人時,請填「被保險人名冊」。		
<input checked="" type="checkbox"/> 意外身故、失能(限15歲以上投保) _____萬	意外失能(限未滿15歲投保) _____萬	
<input type="checkbox"/> 重大燒燙傷保險給付 _____萬		
<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(實支實付型) _____萬		
<input type="checkbox"/> 海外突發疾病醫療附加條款(限國外旅遊者適用)	海外突發疾病住院醫療 _____萬 海外突發疾病急診醫療: 住院醫療保額百分之二十 海外突發疾病門診醫療: 住院醫療保額千分之五	

總保費: 新台幣 _____ 元			
保經代業務人員/登錄字號		經辦人員/登錄字號	
收件號:	單位代號:		簽名:
簽名:	登錄字號:		登錄字號:
保經代簽署	核保	科長	經副理
初核:			

聲明事項

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。
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、壽險公會之會員公會查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考,但各該公會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。
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,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。
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;或本人於投保時已通知新光產物保險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,而新光產物保險公司仍承保者,新光產物保險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新光產物保險公司者,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。

*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,基於保險業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。
*本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本,投保人須知、要保書填寫說明請於下方欄位簽名。
*本人(被保險人、要保人)已知悉告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。
*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保險給付附加條款」條款之內容及規定。
*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。

要保人親簽: _____ 法定代理人親簽: _____
(未成年者,請由法定代理人親簽。)
被保險人親簽: _____ 要保日期: 民國 年 月 日

新光產物保險需求及適合度分析評估暨業務員報告書(人身)

要保人			
自然人		法人	
姓名	名稱		
出生日期	註冊日期	民國 年 月 日	
身分證號碼	統一編號		
國籍 (外國請填國別)	法人註冊地 (外國請填國別)	□本國 □外國	
主要居住地 (外國請填國別)	主要營業處所 (外國請填國別)	□本國 □外國	
職業	行業	□一般職業 □註一所有	
	負責人	姓名: 國籍: □本國 □外國	
被保險人 ○同要保人,免填以下欄位			
姓名	國籍 (外國請填國別)	□本國 □外國	
出生日期	職業	□一般職業 □註一所有	
身分證號碼			
註一:珠寶及貴金屬製品批發零售業、汽車批發零售業、金融保險業、金融及保險服務理人員、證券金融交易員及經紀人、信用及貸款人員、保險代理人、銀行櫃員及有關事務人員、金融租賃融資業、收帳及有關事務人員、證券期貨商、顧問管理業、財務及投資顧問、不動產經紀人、律師會計事務業、會計專業人員、律師及公證理人員、博奕業、博奕及有關事務人員、特殊服務業、宗教組織、宗教專業人員、宗教助理專業人員、民意代表、政府高階主管人員、警察。註二:本報告書之部分項類係依照民法相關法令執行確認客戶身分措施,故請認人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。註三:國籍、職業/行業如涉及雙重國籍或多重職業/行業者,得複選。註四:法人負責人或代表人,原則應與要保書所記載一致。註五:要保人多時時,請個別填寫報告書,若被保險人為多人時,以母公司、總機之資訊及行業為準,自然人填一張為代表。			
一、過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上? <input type="checkbox"/> 是,請說明居住國家(地區) _____ <input type="checkbox"/> 否			
二、要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如:中央或地方民意代表、公務機關首長)? <input type="checkbox"/> 是,請說明 _____ <input type="checkbox"/> 否			
三、要保人購買保險商品時,是否對於保障內容或給付項目完全不關心,抑或對於其高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品,僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
1. 招攬經過: <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 招攬投保 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
2. 要保人與被保險人投保目的及需求:(可複選) <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
3. 招攬時,是否向要保人或被保險人確認要保人與被保險人之關係及身分: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如為法人需檢閱其經濟部商業司工商登記查詢畫面或營利事業登記證;為自然人需檢閱其身分證)			
4. 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬,或指定為法定繼承人,且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, /請說明原因 _____			
5. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,公司名稱: _____			
6. 確認被保險人外觀體況健康,無四肢五官缺損或機能障礙? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否,請詳述部位及障礙程度: _____			
7. 要保人與被保險人或家中主要經濟來源者之財務狀況:(單位:新臺幣,要保人為法人時免填) (1)家中主要經濟來源者: <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 其他,請說明 _____ (2)工作年收入及其他收入: <input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201萬以上 (3)財務與資產狀況: <input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201萬以上			
8. 是否於招攬時已親晤要、被保險人及法定代理人曾親自簽名? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
9. 要保人、被保險人是否有疑似洗錢或資助恐怖主義之交易? <input type="checkbox"/> 是,請說明 _____ <input type="checkbox"/> 否			
10. 要保人已向要保人說明如利用於本保險契約或本公司所提供之服務從事洗錢或資助恐怖主義或其他不法行為,將受到刑罰? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
業務員聲明事項 深悉保書之被保險人姓名、身分證號碼、生日、職業及告知事項,唯經本人當面與要、被保險人說明並核對身分證明,且由要、被保險人親自簽署保書及簽名無誤。 本人具有親視實跡,招攬時已評估過要、被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額的相當性,要保人確已瞭解其所繳保費係用以購買保險商品,並於前見要、被保險人後作成本業務員報告書暨保單適合度分析表,如有不實致新光產險受損害時,願負賠償責任,特此聲明。			
業務員親簽: _____ 簽署人簽章: _____			
信用卡付款授權書 本人授權新光產物保險公司同意承保後,由本人下列信用卡帳戶扣除應付之保險費,倘本人信用卡發生停用、遭竊、欠款、超額及其他信用賤落之情事致無法扣除保險費所招致之損失,概由本人負責。本人將遵守信用卡合約之規定,並於終止授權時立即通知本公司。 <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB 發卡銀行 _____ 銀行 信用卡有效期至西元 _____ 年 _____ 月底止 信用卡卡號 _____ - _____ - _____ 本人同意以本人上述之信用卡支付保險費新台幣 _____ 元 持卡人與要保人關係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 公司負責人 持卡人簽名 _____ (須與信用卡背面簽名一致)			