

新光產物個人旅行綜合保險要保書

105.04.22(105)新產精發字第 628 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

保險期間	自民國 年 月 日 時起 至民國 年 月 日 時止	共計____天	保險單號碼	(由新光產物人員填寫)		
要保人	姓名/ 公司行號	身分證字號/ 統一編號	出生日期			
聯絡地址	□□□	聯絡電話				
電子保單 (同意請勾選)	<input type="radio"/> 支持環保愛地球，本人同意設定電子保單，且不寄送紙本保單。 本公司因特殊狀況無法提供時，得通知要保人改提供紙本保單。		行動電話	(若同意設定電子保單，此欄位必填)		
			電子信箱	(若同意設定電子保單，此欄位必填)		
旅遊地區	投保人數		共_____人	*如被保險人人數超過一人，請填「被保險人名冊」		
被保險人	姓名	身分證字號		出生日期		
與要保人關係	要保人之 <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 子女 <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 兄弟姊妹 <input type="radio"/> 僱傭 <input type="radio"/> 其他					
聯絡地址	□□□	聯絡電話				
※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： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (二)實支實付型醫療保險： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 ※被保險人是否有身心障礙手冊或身心障礙證明？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否，如勾選是者，請提供。 ※被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否，如勾選是者，請提供相關證明文件。						
身故受益人姓名	身分證字號		與被保險人關係			
聯絡地址	○同要保人聯絡地址		聯絡電話			

※失能保險金及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。

※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。

承保項目\方案別(擇一勾選)	A. 國內陸上型	B. 國內翱翔型	C. 海外暢遊型	D. 海外豪華型	E. 申根豪華型
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【1】個人旅行綜合保險					
個人責任保險【自負額 2,500】	50,000	50,000	200,000	500,000	500,000
旅行文件重置費用			10,000	10,000	10,000
行李延誤補償保險金		3,000	3,000	5,000	5,000
行李損失補償保險金		5,000	5,000	5,000	5,000
班機延誤慰問保險金		2,000	2,000	3,000	3,000
班機改降慰問保險金			2,000	3,000	3,000
額外住宿與交通費用			10,000	15,000	15,000
劫機慰問保險金		2,000	2,000	3,000	3,000
食物中毒慰問保險金	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
提早結束旅程之補償保險金			5,000	10,000	10,000
信用卡盜用損失補償費用			10,000	20,000	20,000
【2】旅行平安保險【標準型】	保額：_____ 萬【投保最高限額為 1,500 萬】【未滿 15 足歲投保僅給付失能保險金，上限為 200 萬】				
重大燒燙傷保險金	保額：_____ 萬【投保最高限額為旅行平安保險之保險金額 25%】				
傷害醫療保險給付【實支實付型】	保額：_____ 萬【投保最高限額為旅行平安保險之保險金額 10%】				150 萬
海外突發疾病醫療保險金	保額：_____ 萬【投保最高限額為旅行平安保險之保險金額 10%】【限海外旅行者投保】				100 萬

【1】+【2】總保險費(新台幣)

聲明事項：
 一、本要保書所填各項均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事，足為與 貴公司訂立保險契約之基礎，要保人並願接受保險契約各項條款及規定之約束。 貴公司並得使用此一要保書上相關資料於產物保險一般行政及業務。
 二、本人(要保人)已受告知並瞭解所投保商品之重要內容及投保須知等相關事宜。
 三、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、醫療及履歷個人資料。
 四、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。
 五、本人已審閱並瞭解 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。
 六、本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。
 七、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保險契約約定負給付責任。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。
 八、本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額附加條款」條款之內容及規定。
 ※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本及投保須知請於下方欄位簽名。
 ※本人(被保險人、要保人)已確認注意事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。

※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險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。

※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：_____ 被保險人親簽：_____ 法定代理人親簽：_____

要保日期：民國 年 月 日 (未成年者，請由法定代理人親簽。)

保經代業務人員/登錄字號	保經代簽署	經辦人員/登錄字號	核保	科長	經副理	專案代號
收件號：		經辦代號：				ITP
單位代號：		簽名：				1. 保單正本 份
簽名：		登錄字號：				2. 保單副本 份
登錄字號：						3. 收據正本 份
						4. 收據副本 份

信用卡簽帳單暨授權書

信用卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡	發卡銀行：
信用卡卡號：_____	信用卡有效期限：西元 20 年 月底止
持卡人姓名：_____ 電話(日間)：_____ 行動電話：_____	持卡人身分證號碼：
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"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 公司負責人	保險費(簽帳金額)：新台幣_____元

持卡人已詳閱下列注意事項及授權約定事項，對簽帳單暨授權書內容均已充分瞭解，並於下方簽名表示同意：
 一、持卡人同意以信用卡支付上開保險費金額予新光產物保險股份有限公司(下稱本公司)，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。
 二、本項交易若未獲收單銀行核准，則本簽帳單自動失效，本公司得再行收費。
 三、授權人將本授權書送達本公司據以辦理自動扣繳付款作業，並同意本公司於保險期間屆滿前，逕行以本授權書所載之信用卡扣款。
 四、有下列各款情形之一者，本授權書之效力自該情形發生之日起終止：(1)發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構之信用卡契約終止時。(3)要保人以書面通知本公司終止授權。(4)授權人重新填具授權書變更本授權書內容時，本授權書效力自新授權書生效後，即行終止。
 五、簽訂本授權書後，如繳付保險費之「信用卡」卡號變更、停用或有有效期限到期時，授權人應主動以書面通知本公司變更；如未通知變更而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，依本授權書及保險契約之相關規定辦理。
 六、授權人如因發卡機構代收金額與應繳金額不符時，或對保險費計算、變動有異議者，除依本授權書約定終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。
 七、授權人指定之信用卡不因日後簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。

授權人暨持卡人簽名：_____ (須與信用卡背面簽名一致) 日期：____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	民國 年 月 日	名稱	民國 年 月 日
出生日期		註冊日期	
身分證號碼		統一編號	
國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (外國請填國別)	法人註冊地	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (外國請填國別)
主要居住地	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (外國請填國別)	主要營業處所	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (外國請填國別)
職業	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 註一所列	行業	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 註一所列
		負責人基本資訊	姓名： 國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (外國請填國別)
被保險人 ○同要保人，免填以下欄位			
姓名	民國 年 月 日	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (外國請填國別)
出生日期		職業	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 註一所列
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、金融及保險服務經理人員、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、不動產業、不動產經紀人、律師會計師專業、會計專業人員、律師及公證辯護人、博弈業、博弈及有關事務人員、特殊娛樂業、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：本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬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：要保人多人時，請個別填寫報告書，若被保險人為多人時，以母公司、總機構之資訊及行業為準，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 (如為法人需檢視其經濟部商業司工商登記查詢畫面或營利事業登記證；為自然人需檢視其身分證) 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皆親自簽名？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 9. 是否已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 10. 瞭解要保人之投保條件、投保目的及需求程度，並交由核保人員進行相關核保程序..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 11. 已使客戶瞭解所交保費係用以購買保險商品..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 12. 是否已使客戶瞭解其投保之險種、保額與保費支出與其實際需求相當..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 13. 要保人之需求與投保目的(請選擇勾選) (1). <input type="checkbox"/> 為個(法)人之財產及利益作風險規劃 (2). <input type="checkbox"/> 為個(法)人依法應負之賠償責任作風險規劃 (3). <input type="checkbox"/> 為個(法)人或團體所屬員工可能承受之傷害作風險規劃 14. 已向要保人說明對於本保險契約之權利行使、變更、解除及終止之方式..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 15. 已向要保人說明本公司對於本保險契約之權利、義務及責任..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 16. 已向要保人說明其應負擔之保險費以及毋須負擔之金及其他費用..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 17. 已向要保人說明本保險受有保險安定基金之保障..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 18. 已向要保人說明本公司因本商品所生紛爭之處理及申訴管道..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 19. 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 20. 招攬人員已向要保人說明如何利用對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，將受有刑責？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
※ 業務員聲明事項 ※ 業務員已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料(含自然人之身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身分之文件等；如為非自然人，則需其之營業執照、其他設立或登記證照等)。 ※ 要保書之被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確經本人當面向要、被保險人說明並核對身分證件，且由要、被保險人親自填寫要保書及簽名無誤。 ※ 本人具有招攬資格，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，並於面見要、被保險人後作成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，願自賠償責任，特此聲明。			
單位：_____	業務員親簽：_____	簽署人簽章：_____	
	民國：____年____月____日	民國：____年____月____日	