

該區為必填欄位

請擇一勾選；  
若勾選電子保單請填寫收件人手機號碼  
；若勾選紙本保單，寄送地址請擇一勾選"同要保單位"或"指定地址"

產精發字第1140000278號函備查

新光產物保險  
地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2907-5335  
免付費24小時服務(申請)專線：0800-789-999  
要保人可透過本公司網站http://www.wakinsurance.com.tw  
或至本公司總分公司櫃檯查詢公開說明文件

要保單位申請單號碼：0014IKPXXXXXXX

填表日期：

要保性質：請勾選  
公務出差/陪同訪團  
赴任/調任/調部  
返國述職/返國宣誓

要保單位(請款單位名稱)：例如：外交部  
統編：例如：08000000  
法人代表人：例如：王小明  
要保單位地址：例如：台北市中山區國北路二段15號  
聯絡人姓名：例如：王大明 聯絡電話：例如：1234-5678分機000

保單索取方式(以下方式請擇一勾選，若資料不齊視為紙本保單寄于要保單位地址)：  
電子保單，電子保單收件人行動電話：例如：0900-000-000  
紙本保單，請另勾選保單寄送地址  
(同要保單位地址 指定地址)

序號	被保險人姓名 (或法定代理人代簽)	法定代理人本人簽名 (注意事項3)	身分	身分證字號/ 居留證號碼(非本國人)	出生日期 民國年/月/日	出差國外地點	保險期間 台灣地區標準時間	天數	投保計畫別-保險金額(新台幣)		是否加保兵災保險	身故保險金受益人 (若未指定則以法定繼承人順序定之)		保險費 (此欄位由新光產物人員填寫)
									15足歲以上 (保險金額詳百萬)	未滿15足歲 (擇一投保)		姓名	與被保險人關係	
1	林媽媽		<input checked="" type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬	E200000000	70/01/01	日本	114年 09 月 01 日 零時起 114年 09 月 02 日 24時止	2	<input checked="" type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險： <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險： <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	法定繼承人		保險費由新光產物人員填寫
2	林爸爸		<input checked="" type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬	W120000000	69/01/01	日本	114年 09 月 01 日 零時起 114年 09 月 02 日 24時止	2	<input checked="" type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險： <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險： <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	法定繼承人		
3	林小朋友	未滿18歲 法代需簽名	<input type="checkbox"/> 員工 <input checked="" type="checkbox"/> 眷屬	Z123000000	106/01/01	日本	114年 09 月 01 日 零時起 114年 09 月 02 日 24時止	2	<input type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險： <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input checked="" type="checkbox"/> 61.5萬 申根險： <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	法定繼承人		
			<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬				年 月 日 零時起 年 月 日 24時止		<input type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險： <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險： <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	法定繼承人		
			<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬				年 月 日 零時起 年 月 日 24時止		<input type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險： <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險： <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	法定繼承人		
			<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬				年 月 日 零時起 年 月 日 24時止		<input type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險： <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險： <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	法定繼承人		

該區為必填欄位

注意事項：

總保險費(單位NT\$)：

- 受益人：失能保險金的受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。身故保險金受益人的指定及變更，以被保險人之配偶、子女、父母及兄弟姊妹或其法定繼承人為限。欄位空白視為同意以法定繼承人為身故保險金受益人。
  - 關於法令規定，未滿15足歲喪葬費用投保上限為新臺幣69萬元，故未滿15足歲子女倘產壽險同業的有效保單，喪葬費用保額已累計超過69萬，將不予投保。未滿15足歲為喪葬費用或失能保險金，關於法令規定，將視被保險人其他保險情形，依可保額度最高級距投保。
  - 被保險人若未成年(未滿18歲)，其法定代理人需簽名。
- 聲明事項：
- 本人(被保險人)同意新光產物保險股份有限公司(以下簡稱新光產險)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)同意新光產險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(被保險人、要保人)同意新光產險就本人之個人資料，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。

送件單位：  
(倘與上述要保單位及聯絡人相同，則可免填)

送件單位承辦人：

電話：  
Mail：

※填妥後請要保單位電郵至本公司進行受理※ skiad2@skinsurance.com.tw

要保單位蓋章

此區需用印