



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  
免責申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999  
要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw  
或至總公司、分公司及通訊處查詢閱覽資訊公開說明文件

**全球海外緊急急難救助服務項目** 使用時請撥台北 886-2-2326-6722 全天候 24 小時華語熱線電話服務。被保險人請透過本公司網站 http://www.skinsurance.com.tw 查閱「新光海外緊急急難救助服務辦法」

- 醫療協助**
- 二十四小時緊急電話醫療諮詢
  - 安排醫師往診及推薦醫療服務機構
  - 緊急醫療用品及器材遞送
  - 協助安排救護車及安排住院
  - 住院期間之醫療病情追蹤
  - 緊急醫療轉送
  - 緊急轉送回國
  - 協助安排當地禮葬
  - 協助安排遺體/骨灰運送回國
  - 安排親友前往探視或處理後事(限一名)
  - 安排未成年子女及配偶返國(各限一名)
  - 出院後療養之住宿
  - 醫療問題傳譯
  - 醫療費用之代墊(限申簽旅遊保險)
  - 人道援助

- 旅遊協助**
- 行前資訊提供
  - 旅行協助
  - 代尋並轉運行李
  - 護照、簽證協尋及補發遞送協助
  - 文件補發遞送
  - 推薦通譯機構/秘書協助之資訊
  - 國外租車安排
  - 國外住宿安排
  - 法律援助
- ★保戶每一事故於醫療協助第6項至第12項服務，本公司特約機構僅於美金5萬元之限度內提供服務，超過之費用均由被保險人負擔。  
★「新光海外緊急急難救助服務辦法」係新光產物無償提供的服務，新光產物得於必要時修改或終止服務內容，詳細內容以「新光海外緊急急難救助服務辦法」為主。

### 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)

- 招攬經過？  主動投保  招攬投保  陌生拜訪  親友介紹  其他\_\_\_\_\_
- 要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選)  
 保障  子女教育經費  退休規劃  房屋貸款  其他\_\_\_\_\_
- 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：  
 是  否，要保人國籍：\_\_\_\_\_ / 被保險人國籍：\_\_\_\_\_ (中華民國國籍者免填)
- 故受益人是否指定為配偶、直系親屬、兄弟姊妹，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？  
 是  否，請說明原因：\_\_\_\_\_
- 要保人及被保險人是否投保其他商業保險？  
 否  是，公司名稱：\_\_\_\_\_
- 確認被保險人外觀體況健康，無四肢五官無殘缺或機能障礙？  
 是  否，請詳述部位及障礙程度：\_\_\_\_\_
- 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： 要保人  被保險人  其他，請說明\_\_\_\_\_  
(2)工作年收入及其他收入  50 萬以下  51-100 萬  101-200 萬  201 萬以上  
(3)財務與資產狀況  50 萬以下  51-100 萬  101-200 萬  201 萬以上
- 是否於招攬時已親晤要、被保險人及法定代理人親觀自簽名？ 是  否

**業務員聲明事項**  
※要保書之被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確係本人當面向要、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者時，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

本人授權自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、遲繳、欠款、超額及其他信用賤落之情事致無法扣繳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。

聯合信用卡  VISA  MASTER  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： 本人  配偶  父母  子女  兄弟姊妹

持卡人簽名 \_\_\_\_\_ (須與信用卡背面簽名一致)

## 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  
105.02.01(105)新產傷發字第 083 號函送保險商品資料庫  
(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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	電子保單 (同意請勾選)	<input type="checkbox"/> 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。
聯絡電話	行動電話	電子信箱	

(若同意設定電子保單，此欄位必填) (若同意設定電子保單，此欄位必填)

### 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 <input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 子女 <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 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： <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 *被保險人是否領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。	
聯絡住址	<input type="radio"/> 同要保人聯絡住址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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	_____ 人 另投保旅平險合計 _____ 萬
交通工具	<input type="radio"/> 遊覽車、火車 <input type="radio"/> 飛機、船舶 <input type="radio"/> 其他 _____	旅行目的	<input type="radio"/> 旅遊 <input type="radio"/> 出差、考察 <input type="radio"/> 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

殘廢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。

保障內容/保險金額*	保險費*	<h3>聲明事項</h3> <p>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。</p> <p>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個人資料轉送、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。</p> <p>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。</p> <p>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，中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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※本人(被保險人、要保人)已確認告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。</p> <p>※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給付附加條款」(92.12.29 財政部台財保字第 0920073327 號函核准(公會版)) 96.08.31 依據行政院金融監督管理委員會 95.09.01 金管保二字第 09502522257 號令修正、99 年 2 月 10 日 產健字第 018 號函備查) 條款之內容及規定。</p> <p>※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，作為日後身故保險金受益人之通知依據。</p>	
*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、殘廢(限 15 足歲以上投保) _____ 萬 意外殘廢(限未滿 15 足歲投保) _____ 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：	經辦代號：		
單位代號：	簽名：		
簽名：	登錄字號：		
登錄字號：	登錄字號：		
保經代簽署	核保	科長	經副理
	初核：		

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