



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、分公司及通訊處查閱資訊公開說明文件

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

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="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。		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	○要保人與被保險人為同一人(被保險人資料免填)		身分證字號	出生日期
與要保人關係	要保人之 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 僱傭 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (二)實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，如勾選是者，請提供。					
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		

※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。

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					
旅行平安保險【標準型】	保額：_____萬【投保最高限額為 1,000 萬】【未滿 15 歲投保僅給付殘廢保險金，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%】				100 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] 總保費(新台幣)					

聲明事項：
 一、本保險契約之訂立，係以要保人與本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
 二、本保險契約之訂立，係以要保人與本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
 三、本保險契約之訂立，係以要保人與本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
 四、本保險契約之訂立，係以要保人與本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
 五、本保險契約之訂立，係以要保人與本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
 六、本保險契約之訂立，係以要保人與本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
 七、本保險契約之訂立，係以要保人與本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
 八、本保險契約之訂立，係以要保人與本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
 九、本保險契約之訂立，係以要保人與本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
 十、本保險契約之訂立，係以要保人與本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

※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(未成年者其法定代理人親簽)：_____ 要保日期：中華民國 年 月 日

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 1. 保單正本 份 2. 保單副本 份 3. 收據正本 份 4. 收據副本 份
單位代號：		簽名：				
簽名：		登錄字號：				
登錄字號：						