



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  
 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	
------	----------------------------------	------	--

## 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		法人負責人	
身分證號碼		統一編號	
國籍 (外國請填國別)	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	法人註冊地 (外國請填國別)	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國
職業	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業	行業	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業

被保險人 ○同要保人，免填以下欄位			
姓名		身分證號碼	
國籍 (外國請填國別)	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	職業	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業
註一：律師、會計師、公證人，或是其他合夥人或受僱人、軍火商不動產經紀人、當舖業、融資從業人員、寶石及貴金屬交易者、藝術品/骨董交易者、拍賣公司、基金會、協會/寺廟、教會從業人員、博得產業/公司、匯款公司、外幣兌換所、外交人員、大使館、辦事處、虛擬貨幣的發行者或交易者。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，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或變繳保費之保險商品，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			

- 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  
(如為法人需檢視其經濟部商業工商登記查詢畫面或營利事業登記證;如為自然人需檢視其身分證)
- 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? 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皆親自簽名? 是 否

**業務員聲明事項**  
 深要保書之被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確係本人當面而要、被保險人說明並核對身分證件，且由要、被保險人親自簽名要保書及簽名無誤。  
 現本人具有招攬資格，招攬時已仔細過問、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，要保人已瞭解其所繳保費係以買保險商品，並非面見簽、被保險人後作成業務員報告書暨呈報適合度分析表，如有不實致新光產物受損害時，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、遺失、欠款、超額及其他信用脫落之情形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，並於截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 信用卡有效期限至西元 _____ 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"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 公司負責人	
持卡人簽名 _____ (須與信用卡背面簽名一致)	

## 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="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 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="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。	
聯絡住址	<input type="checkbox"/> 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	另投保旅 平險合計	投保 _____ 家 共 _____ 萬
交通工具	<input type="checkbox"/> 遊覽車、火車 <input type="checkbox"/> 飛機、船舶 <input type="checkbox"/> 其他 _____		旅行目的	<input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 出差、考察 <input type="checkbox"/> 其他 _____	

## 受益人資料

身故 受益人	身分證 號碼	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、父母及兄弟姐妹，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、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: 住院醫療保額百分之五		
總保費: 新台幣 _____ 元		

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、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。	
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，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。	
*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)已確認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。 *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。	
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