

# 美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

## 新一年期海外旅遊保險要保書

108.06.24 安達商字第 1080353 號函備查

1. 本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：<http://www.chubb.com/tw> 或洽免付費服務專線 0800-339-899 或至本公司(台北市信義路5段8號10樓)查詢。
2. 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。
3. 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。
4. 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。

## 一、基本資料及要保事項

※以下內容請以正楷清楚填寫，如有塗改，請於塗改處簽名確認。

要保人		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日	身分證字號 (統一證號)										
聯絡電話	日( )	分機：		夜( )		手機：				關係	係被保險人之					
聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(本公司催告及有關各項通知之送達以聯絡地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)</small>						E-Mail									
被保險人	<input type="checkbox"/> 同要保人	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日	身分證字號										
聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(本公司催告及有關各項通知之送達以聯絡地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)</small>															
公司名稱				職稱		工作內容				副業	(如無可省略)					
保險期間	自民國 年 月 日翌日零時起，為期一年					繳費方式： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 匯款/郵政劃撥										

保險內容

繳別/保險費

 每次進行海外旅行最長停留天數  
(請勾選)

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？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是				
被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如勾選是者，請提供相關證明文件。				
身故保險金受益人 1.各項醫療保險金或失能保險金受益人限被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。2.指定受益人若超過一人，未註明保險給付比例或順位，則以均分方式辦理。已勾選順位但未加註序號，以填寫順序為準。3.身故保險金受益人若未指定，以被保險人之法定繼承人為受益人。4.身故保險金受益人如係身分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。				
姓 名	身分證字號	係被保險人之	聯絡地址、電話	給付方式
(1)			<input type="checkbox"/> 要保人保險人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 被保險人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話：	<input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)
(2)			<input type="checkbox"/> 要保人保險人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 被保險人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話：	1._____% 2._____% 3._____% 僅填寫法定繼承人 不需勾選此項。
(3)			<input type="checkbox"/> 要保人保險人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 被保險人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話：	

一、保單生效及續保

1.本保險契約之生效日，以本公司核保通過且要保人繳付保險費或其指定之信用卡扣款或帳戶轉帳成功後，溯自「保險單上所載之日時」生效。
2.本保險契約之保險期間為一年。經本公司同意續約且要保人於保險期間屆滿前或本公司指定之期限內繳交續約保險費，本保險契約得自動續約繼續有效。續保保險費得依續保生效當時主管機關所核定之保險費調整，續約保險費未於前述期限前繳交者，視為不再續約。(勾選自動續保附加條款者適用)
3.本保險契約最高可續保至 **xx** 歲。

三、聲明事項

1.本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
2.本人(被保險人、要保人)同意 貴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。
3.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。
4.本人(被保險人、要保人)同意 貴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。
5.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 貴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 貴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 貴公司仍承保者， 貴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 貴公司，同意 貴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。

■本人已知悉本要保書所載『告知事項』及『聲明事項』之內容，並同意接受其相關內容之約束。

■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。

要保人簽名：

未成年人其法定代理人簽名：

被保險人簽名：

申請日期：            年            月            日

■以下由保險經紀人/代理人與保險公司填寫：

單位名稱/代號		保險經紀人/ 代理人簽署章	保險公司受理章	保險公司 核保章	保險經紀人/ 代理人受理日期
業務員簽名					
登錄證號					
手機		受理編號：			

（第二頁，共二頁）

.....(以下非要保書之一部份)