

富邦產物個人旅行綜合保險暨海外突發疾病健康保險專用要保書 ☐進件 ☐歸檔

保險單號碼		報價單號碼	
(主) 被保險人	姓名	身分證號碼	出生日期 年 月 日
	英文姓名	護照號碼	
	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	年齡
	住所地址	E-MAIL	
	電話	住宅：	公司：
要保人	<input type="checkbox"/> 同(主)被保險人(可免填要保人相關欄位)		E-MAIL
	姓名	代表人	身分證號碼/統一編號
	住所(通訊)地址	與(主)被保險人關係	
	電話	住宅：	公司：
	身故受益人	序號	身故保險金受益人
旅遊國家		旅遊國家一	旅遊國家二
保險期間		繳費方式	

承保範圍	保險金額 (NT\$)							
	國內外旅遊適用		國外旅遊適用			國外旅遊加值型或申根公約國適用		
組合	兒童國內 (未滿 15 歲)	計畫一 (滿 15 歲以上)	兒童國外 (未滿 15 歲)	兒童國外 (未滿 15 歲)	計畫二 (滿 15 歲以上)	計畫三 (滿 15 歲以上)	計畫四 (未滿 15 歲)	計畫五 (滿 15 歲以上)
1. 個人賠償責任保險 (每一意外事故自負額 2,500 元)								
2. 緊急救援費用保險								
3. 旅行平安保險-身故及殘廢								
4. 旅行平安保險-殘廢								
5. 傷害醫療費用保險金								
6. 海外突發疾病健康保險								
7. 行李、交通票證及旅行文件損失保險 (自負額 750 元)								
8. 行程延誤費用保險								
9. 行李延誤費用保險								
總保險費 (NT\$)								

☐名冊不輸入 (簡式通報)
 總承保人數：_____人 (主)被保險人投保組合：_____ (主)被保險人總保險費 (NT\$)：_____元 合計總保險費 (NT\$)：_____元

※要保人與被保險人聲明事項
 1. 本人(被保險人) 同意富邦產物保險公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
 2. 本人(被保險人、要保人) 同意富邦產物保險公司將本要保書上載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
 3. 本人(被保險人、要保人) 同意富邦產物保險公司得依「個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。
 4. 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。但若被保險人投保富邦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富邦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，而富邦產物保險公司仍承保者，富邦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富邦產物保險公司者，同意富邦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保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司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。
■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。
■富邦產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款 (99.02.10/99)富保研發個字第 021 號函備查)內容約定最高給付金額為新台幣 200 萬元。
 本公司保留承保與否之權利。其他未盡詳細事項，依保單條款辦理。
 保險期間為短天期者，無論國內外旅遊，均可投保，但保險期間以 180 天為限；保險期間為一年者，每次國外旅遊均自動納入承保範圍內，但每次期間以 45 天為限，國內旅遊則不予承保。

※被保險人目前是否有在其他保險公司投保商業傷害醫療保險給付實支實付型之商品？☐是 ☐否
※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。 受理日期：_____
 (主)被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____
 (未滿 7 足歲由法定代理人代簽) ((主)被保險人未滿 20 足歲者須加簽)
 要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____
 要保日期：_____ (要保人未滿 20 足歲者須加簽)

保經代簽署欄	保經代單位名稱	保經代單位代號	流水編號	保經代業務員簽名	登錄字號(身分證號碼)	經辦代號	出單序號	是否為直接業務	人工核保
								<input type="checkbox"/> 是 (未勾選視為非直接業務)	

富邦產物個人旅行綜合保險暨海外突發疾病健康保險被保險人名冊

序 號	被保險人				身故保險金受益人				投保 組合
	中文姓名/簽名 <small>(未滿7足歲由法定代理人代簽)</small> 英文姓名 <small>※赴申根公約國或申請英文投保證明時填寫，請與護照相同</small>	出生日期	身分證號碼 護照號碼 <small>※赴申根公約國時填寫</small>	是否有在其他保險公司投保實支實付型之商品	序 號	姓名	與被保險人 關係	備註 <small>※受益人超過1人時請詳述保險金分配及順序方式，若無註明則以均分辦理</small>	
	同首頁(主)被保險人		同首頁(主)被保險人						
1.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.				
2.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2.				
3.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3.				
4.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4.				
5.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	5.				
6.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	6.				
7.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	7.				
8.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	8.				
9.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	9.				
10.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	10.				

註：如檢附名冊資料投保者，敬請自行加印「被保險人名冊」，連同要保書一併交予核保人員。

0-FT2C0101-1

