

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	※赴申根公約國或申請英文投保證明時填寫，請與護照相同			護照號碼	※赴申根公約國時填寫			
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	年齡	※以足歲計算，超過6個月加1歲			
	住所地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			E-MAIL				
	電話	住宅：	公司：	分機：			手機：		
要 保 人	<input type="checkbox"/> 同(主)被保險人(可免填保人相關欄位)			E-MAIL					
	姓名		代表人		身分證號碼/ 統一編號			出生日期	年 月 日
	住所(通訊) 地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				與(主)被 保險人關係			
	電話	住宅：	公司：	分機：			手機：		
身 故 受 益 人	序號	身故保險金受益人 ※未指定則為法定繼承人	與(主)被保 險人關係	備註 ※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	序號	身故保險金受益人 ※未指定則為法定繼承人	與(主)被保 險人關係	備註 ※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	
	1.				2.				
	3.				4.				
旅遊國家 ※如同時旅遊多國，請全部填列		旅遊國家一	旅遊國家二		旅遊國家三			旅遊國家四	
保險期間									
繳費方式									

□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

本商品經本公司合規簽署相關文件，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義務，並詳閱各項權利義務，消費者必詳加閱讀。

富邦產物傷害保險恐怖主義行為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。
本保單所載各項保險金額於各被保險人分別適用之。
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。

是否在其他保險公司投保，傷醫費由誰付，實付支額之型式？是 否

期...事...宣...理...愛...受...須...知...等...相...開...事...宣...。

(主)被保險人簽名:
(未滿7足歲由法定代理人代簽)

法定代理人簽名：
((主)被保險人未滿20足歲者須加簽)

要 保 人 簽 名

世纪中期

法 定 代 理 人 簽 名 :
(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				備註 ※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	投保組合
	中文姓名/簽名 (未滿7足歲由法定代理人代簽) 英文姓名 ※赴申根公約國或申請英文投保證明時填寫，請與護照相同	出生日期	身分證號碼 護照號碼 ※赴申根公約國時填寫	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		
1. 同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人	
2.	年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2. 3. 4.				
3.	年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2. 3. 4.				
4.	年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2. 3. 4.				
5.	年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2. 3. 4.				
6.	年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2. 3. 4.				
7.	年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2. 3. 4.				
8.	年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2. 3. 4.				
9.	年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2. 3. 4.				
10.	年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2. 3. 4.				

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。

