

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。

公司保密措施及資訊公開說明：對於您個人資料，我們有嚴格的保密措施，以維護您的隱私權。有關本公司保密措施及資訊公開說明，歡迎至本公司網站 (http://www.tlugins.com.tw) 查閱，或親臨本公司台北市中正區許昌街17號13樓-1或各分支機構洽詢。免費申訴電話:0800-075777

**※海外突發疾病健康保險為非保證續保之保險商品。**

保險單號碼					旅行地區					
要保人	姓名	出生日期	年	月	日	聯絡電話	( )			
		身分證號碼				行動電話				
	住所				與被保人之關係	<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	姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人(右紅框欄免填)	身分證號碼		出生日期	年	月	日		
		<input type="checkbox"/>	住所	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/>		聯絡電話	( )			
		<input type="checkbox"/> 另附名冊(共 人)	住所	住所		行動電話				
是否已投保(請勾選)：1.實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 2.實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否										
身故受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人(右欄不須填寫)		受益人若指定 2 人(含)以上時，請勾選分配方式： <input type="checkbox"/> 順位(請註明順序) <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例) <input type="checkbox"/> 均分							
	<input type="checkbox"/> 受益人記載如右欄		(請填寫姓名及關係)							
※未指定者為法定繼承人										
保險期間	自民國	年	月	日	時起至民國	年	月	日	時止，共	天

保險項目		保險金額(幣別：新台幣)	
主保險契約	旅行責任保險	每一意外事故傷害責任、每一意外事故財損責任、保險期間內最高賠償金額 (TR11)	
	旅行不便保險	行李延誤/遺失購物費用 (TR00)	元
		額外住宿費用 (TR01)	元
		旅程取消或縮短費用 (TR02)	元
		劫機慰問金 (TR03)	元
		食物中毒慰問金 (TR04)	元
		緊急救援費用 (TR05)	元
		班機延誤慰問金 (TR06)	元
		旅行文件重置費用 (TR07)	元
		班機改降補償金 (TR08)	元
行李竊盜損失慰問金 (TR09)		元	
旅行期間居家竊盜保險 (TR10)	元		
附加險(須投保主險後始可投保)	旅行平安保險 (TR20)	元	
附加條款 (須投保附加險後始可投保)	傷害醫療保險給付附加條款 (TR21)	元	
	搭乘公共交通工具增額給付附加條款 (TR22)	元	
海外突發疾病健康保險	海外突發疾病住院醫療費用保險金	元	
	海外突發疾病門診醫療費用保險金	海外突發疾病住院醫療費用保險金×5%	
保險費合計		元	

要保人、被保險人聲明事項

- 本人(被保險人)同意台壽保產物保險股份有限公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意台壽保產物保險股份有限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，但各該公司仍依其本身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。
- 本人(被保險人、要保人)同意台壽保產物保險股份有限公司得依「電腦處理個人資料保護法」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。
- 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台壽保產物保險股份有限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台壽保產物保險股份有限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，而台壽保產物保險股份有限公司仍承保者，台壽保產物保險股份有限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台壽保產物保險股份有限公司者，同意台壽保產物保險股份有限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。

此致  
**台壽保產物保險股份有限公司** 要保人簽名：\_\_\_\_\_

被保險人簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽名：\_\_\_\_\_ (未成年者其法定代理人簽名)

※「要保人(被保險人)告知事項」務請據實回答，如有故意隱匿、過失遺漏，或為不實之說明者，保險公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約。保險事故發生後亦同。但要保人(被保險人)證實危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。  
 ※「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之內容約定最高給付金額為新台幣200萬元。 要保日期：中華民國 年 月 日

核保	初核/輸入	經辦	業務來源	經手人	
				單位	
				姓名	
				ID No.	

