



美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

旅行平安綜合保險要保書

102.03.22 安達商字第 1020129 號函送保險商品資料庫

- ◎本公司資訊公開說明文件,請查閱本公司網址:www.aceinsurance.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。
 ◎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。
 ◎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。
 ◎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。

保單號碼: _____

要保人	要保人(要保單位)姓名(註一)	身分證字號/護照號碼/統一編號:	與被保險人關係: ☐ 本人 ☐ _____	
	聯絡地址: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		電話:	傳真:
	Email:		旅行目的: ☐ 觀光 ☐ 出差 ☐ 遊學 ☐ 其它	
保險期間	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時起(24 小時制)		旅行方式: ☐ 飛機 ☐ 遊覽車 ☐ 輪船 ☐ 其它	
	至民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時止共計 _____ 天(註二)		目的地: ☐ 台灣本島和離島 ☐ 海外(請註明) ☐ 歐洲-申根地區(請註明)	

被保險人	被保險人姓名及簽署(未滿 20 歲請法定代理人簽名)	1. ☐ 同要保人	2.	3.
	被保險人出生年月日			
	身分證或護照號碼			
	身故受益人姓名/與被保險人關係(若未指定則為法定繼承人)	/	/	/
	住居所地址 (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)	☐ 同要保人	☐ 同要保人	☐ 同要保人
	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	☐ 否 ☐ 是(請詳述)	☐ 否 ☐ 是(請詳述)	☐ 否 ☐ 是(請詳述)
	被保險人人數	_____ 人	_____ 人	_____ 人
每人保險費	_____ 元	_____ 元	_____ 元	

商品名稱 / 保障內容	☐ 旅行平安保險	意外身故及殘廢保險(註三)	_____ 萬	_____ 萬	_____ 萬
		重大燒燙傷保險	限額為意外身故及殘廢保險金之百分之二十五		
		意外傷害醫療保險	_____ 萬	_____ 萬	_____ 萬
	☐ 海外突發疾病健康保險(限旅行目的地為海外地區者投保)(註四)	海外突發疾病住院醫療保險	_____ 萬	_____ 萬	_____ 萬
		海外突發疾病門診醫療保險	限額為海外突發疾病住院醫療費用保險金之百分之一		
	☐ 海外旅行綜合保險(個人保障型)(限旅行目的地為海外地區者投保)				
	保障內容	保險金額(新台幣)	保障內容	保險金額(新台幣)	
	1.旅程取消保險	120,000 元	7. 第三人責任保險	4,000,000 元	
	2.旅程縮短保險	120,000 元	8. 旅行期間居家竊盜保險(註九)	50,000 元	
	3.旅行文件損失保險(註五)	10,000 元	9. 班機延誤失接保險(註十)	2,000 元	
4.旅程延誤保險(註六)	9,000 元	10.班機改降保險(註十一)	2,000 元		
5.行李損失保險(註七)	80,000 元	11.現金竊盜損失保險(註十二)	3,000 元		
6.行李延誤費用保險(註八)	4,500 元	12.信用卡盜用損失保險(註十三)	50,000 元		

■安達產物特定地區除外責任附加條款:被保險人於本契約有效期間內,因自中華民國或第三地出境前往古巴、經古巴轉運、在古巴境內、或由古巴離境至入境中華民國或第三地前之期間,發生本契約所約定之保險事故,本公司不負給付各項保險金的責任,但被保險人非自願出入古巴者,不在此限。

投保總人數: _____ 人 / 保險費合計: _____ 元

要保人及被保險人聲明事項:

- 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。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本要保書上所载本人資料轉送產、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。
- 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。
- 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。
- 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。

■「聲明事項」之內容應由要保人及被保險人親自確認後簽名。■如填寫時有塗改任何資料請於塗改處簽名確認。

註一:要保人須為 20 歲以上。註二:所載日時以中原標準時間為準。註三:以未滿 15 歲之未成年人為被保險人時,本欄僅為「殘廢保險金額」。註四:海外突發疾病健康保險所稱「突發疾病」係指被保險人非係以獲得海外醫療為目的,並在每次出國前九十天以內未曾接受過該項疾病之診斷、治療或用藥,且需即時在醫院或診所治療始能避免損害身體健康之疾病;若該項疾病已完全治療痊癒而在海外期間再度發生者,亦視為突發疾病。註五:須於事故發生後 24 小時內報案,否則本公司不負理賠責任。註六:不含被保險人通過中華民國海關出境前已確認之延誤。註七:對於每件物品之損失最高以新台幣 8,000 元為限。註八:不含返回中華民國境內機場之行李延誤。註九:所承保建築物以被保險人自有者為限。註十:因前班班機延誤而致失接,於到達轉運站後 6 小時內無其他班機可供其轉接者。註十一:不包括改降於中華民國境內其他機場。註十二:被保險人須於 24 小時內報案。註十三:承保掛失或止付前 24 小時內之盜刷損失及信用卡掛失止付及申請重置之費用。註十四:其他事項請詳條款內容約定。

■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: _____ 法定代理人簽名: _____ (未滿 20 歲須請法定代理人簽名)申請日期:民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ■保單暨收據寄送地址: ☐聯絡地址 ☐住居所在地 ☐保經/代轉送 ☐其它地址或 ☐Email: _____ (未勾選將寄送至聯絡地址)

【下欄由保險經紀人/代理人及保險公司填寫】

業務單位: 美聯保經	業務員簽名:	聯絡電話:	保險經紀人/代理人簽署人章	保險公司受理章:	保險公司核保章:
備註:	登錄證字號:	傳真:			

----- (以下內容非本要保書一部份) 請填寫以下注意事項 -----
 電傳人: _____ 通路: _____ 代號: _____ 電話: _____ 傳真: _____ 102.03.01 製-美聯保經/美商安達保險傳真專線:02-25713781 【GATLI-A02】



美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司 旅行平安綜合保險集體件名冊

102.03.22 安達商字第 1020129 號函送保險商品資料庫

- ◎本公司資訊公開說明文件,請查閱本公司網址:www.aceinsurance.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。
◎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。
◎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。
◎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。

保單號碼					要保人				
------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--

序 號	被保險人姓名及簽署 (未滿 20 足歲請法定代理人簽名)	出生 年 月 日	身分證或 護照號碼	身故受益人 (若未指定則為法定繼承人)		意外身故及 殘廢保險金 (註一)	意外傷害醫 療保險金	海外突發疾 病住院醫療 保險金(註二)	每人 保險費
				姓名	與被保險人 關係				
1						萬	萬	萬	元
	住居所地址: (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)								
	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? ☐ 否 ☐ 是 (請詳述) _____								
2						萬	萬	萬	元
	住居所地址: (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)								
	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? ☐ 否 ☐ 是 (請詳述) _____								
3						萬	萬	萬	元
	住居所地址: (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)								
	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? ☐ 否 ☐ 是 (請詳述) _____								
4						萬	萬	萬	元
	住居所地址: (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)								
	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? ☐ 否 ☐ 是 (請詳述) _____								
5						萬	萬	萬	元
	住居所地址: (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)								
	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? ☐ 否 ☐ 是 (請詳述) _____								
6						萬	萬	萬	元
	住居所地址: (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)								
	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? ☐ 否 ☐ 是 (請詳述) _____								
7						萬	萬	萬	元
	住居所地址: (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)								
	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? ☐ 否 ☐ 是 (請詳述) _____								
8						萬	萬	萬	元
	住居所地址: (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)								
	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? ☐ 否 ☐ 是 (請詳述) _____								
9						萬	萬	萬	元
	住居所地址: (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)								
	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? ☐ 否 ☐ 是 (請詳述) _____								
10						萬	萬	萬	元
	住居所地址: (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)								
	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? ☐ 否 ☐ 是 (請詳述) _____								

註一：含重大燒燙傷保險金，限額為身故及殘廢保險金之百分之二十五；以未滿 15 歲之未成年人為被保險人時，本欄僅為「殘廢保險金額」。註二：海外突發疾病住院醫療保險金含海外突發疾病門診醫療費用保險金，門診醫療費用限額為海外突發疾病住院醫療費用保險金之百分之一。海外突發疾病健康保險所稱「突發疾病」係指被保險人非係以獲得海外醫療為目的，並在每次出國前九十天以內未曾接受過該項疾病之診斷、治療或用藥，且需即時在醫院或診所治療始能避免損害身體健康之疾病；若該項疾病已完全治療痊癒而在海外期間再度發生者，亦視為突發疾病。



保險需求及適合度評估暨業務員報告書(旅行險適用)

保單號碼：_____ 要保人(單位)姓名：_____

【要保人為法人之集體彙繳件】要保單位資料

資本額：_____ 成立時間：_____ 員工人數：_____ 過去三年營收：_____

【個人件&要保人為自然人之集體彙繳件】被保險人資料

姓名	工作年收入與其他收入 (新台幣)	家中主要經濟來源者	是否投保其他旅遊保險	身故受益人身分、其順位及應得比例 是否適用民法繼承編規定
☐ 同要保人	☐ 50萬以下 ☐ 51~100萬 ☐ 101~200萬 ☐ 201~300萬 ☐ 300~500萬元	☐ 要保人 ☐ 被保險人本人 ☐ 其他_____	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否(請說明原因/姓名/ID/關係)
	☐ 50萬以下 ☐ 51~100萬 ☐ 101~200萬 ☐ 201~300萬 ☐ 300~500萬元	☐ 要保人 ☐ 被保險人本人 ☐ 其他_____	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否(請說明原因/姓名/ID/關係)
	☐ 50萬以下 ☐ 51~100萬 ☐ 101~200萬 ☐ 201~300萬 ☐ 300~500萬元	☐ 要保人 ☐ 被保險人本人 ☐ 其他_____	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否(請說明原因/姓名/ID/關係)
	☐ 50萬以下 ☐ 51~100萬 ☐ 101~200萬 ☐ 201~300萬 ☐ 300~500萬元	☐ 要保人 ☐ 被保險人本人 ☐ 其他_____	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否(請說明原因/姓名/ID/關係)
	☐ 50萬以下 ☐ 51~100萬 ☐ 101~200萬 ☐ 201~300萬 ☐ 300~500萬元	☐ 要保人 ☐ 被保險人本人 ☐ 其他_____	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否(請說明原因/姓名/ID/關係)

*若被保險人為已婚者，請於年收入欄位填寫夫妻雙方年收入及其他收入總和。*若被保險人為未成年人/學生時，請於年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入及其他收入總和。*要保人為自然人且每位被保險人投保金額在500萬元以下者，請填寫代表或第一位被保險人資料即可；投保金額超過500萬者請逐一填寫。

【招攬經過】

- 投保目的與需求：☐旅遊保障 ☐商務差旅 ☐其他_____
- 招攬經過：☐親友 ☐保戶介紹 ☐職域開拓 ☐陌生拜訪 ☐主動投保 ☐其他：_____
- 其他有利核保資訊(補充說明)：_____

※業務員聲明事項

- 本人招攬時已確認要保人(單位)及被保險人符合投保之條件、核對其身分與要保書及本報告書內容一致且填載無誤、並已確認要保人(單位)、被保險人及受益人之身分及關係，且由要保人(單位)、被保險人親自填寫要保書並簽名無誤。
- 本人同意遵守「保險業防制洗錢及打擊資助恐怖主義注意事項」及「金融消費者保護法」事項，如有不實致美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司受損害時，願負賠償之責，特此聲明。
- 本人已向要保人說明本次購買保險商品之重要內容、繳費方式、相關費用、本保險商品受有保險安定基金之保障以及申訴管道。

招攬單位：_____ 業務員簽名：_____ 簽署人章：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日