

合約編號 (請務必填寫)	200	(請詳填下列要保書內容， 以維護您的權益)		96.01.31 新壽商開字第 0016 號函備查 100.07.01 新壽商開字第 1000000186 號函備查
代理人 (代理投保單位)	單位或團體名稱：			
要保人	個人：	身分證號		
	單位或團體名稱：			
被保險人	等共計 人，詳如要保明細表。		聯絡電話	()
保險期間	契約始期自民國 年 月 日 時起(0-24)計 日			
旅遊地點	交通工具 <input type="checkbox"/> 飛機 <input type="checkbox"/> 客輪 <input type="checkbox"/> 遊覽車 <input type="checkbox"/> 其它交通工具			
投保記錄	是否同時或已投保其他保險公司旅行平安保險? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，保險公司名稱 保險金額			
受益人	殘廢保險金或醫療保險金之受益人為被保險人本人。 被保險人身故時： <input type="checkbox"/> 被保險人之法定繼承人 <input type="checkbox"/> 詳如要保明細表(尚未指定者，係指被保險人之法定繼承人)			
緊急事故通知人	地址	聯絡電話	手機：	(H)：()
保險人聲明事項	依保險法第 107 條 及第 135 條，訂立本契(附)約時，以未滿十五歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五歲之日起發生效力。訂立本契約時，以精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者為被保險人，其身故保險金變更為喪葬費用保險金。前項被保險人於民國九十九年二月三日(含)以後所投保之喪葬費用保險金額總和(不限本公司)，不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。前項情形，如要保人向二家(含)以上保險公司投保，或向同一保險公司投保數個保險契(附)約，且其投保之喪葬費用保險金額合計超過前項所定之限額者，本公司於所承保之喪葬費用金額範圍內，依各要保書所載之要保時間先後，依給付喪葬費用保險金至前項喪葬費用額度上限為止，如有二家以上保險公司之保險契約要保時間相同或無法區分其要保時間之先後者，各該保險公司應依其喪葬費用保險金額與扣除要保時間在先之保險公司應理賠之金額後所餘之限額比例分擔其責任。			

要保明細表：【※保險年齡 81 歲(含)以上者，不得附加海外突發疾病醫療附約】

(A) 被保險人 姓名及簽署	(B) 被保險人 出生年月日	(C) 被保險人 身分證或護照號碼	(D) 身故受益人/ 與被保險人關係	(E) 法定代理人簽章 /與要保人或 被保險人關係	(F) 身故或喪葬費用 及殘廢保險金 (主契約) 保額(萬)	(G) 傷害醫療 保險金限額 保額(萬)	(H) 海外突發疾病 醫療保險金限額 保額(萬)	保費 小計
收據開立 <input type="checkbox"/> 請先開立本次收據 要保人簽章：							保費總計： 元	

要、被保險人聲明及同意事項

■ ①本人(被保險人)同意新光人壽保險公司查閱本人相關醫療紀錄及病歷資料。②本人(被保險人、要保人)同意新光人壽保險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)同意新光人壽保險公司得依「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。

* 本人已收到「要保書填寫說明」、「保險契約條款樣本」、「投保人須知」... 是 否

- 健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時(除保險契約已使用脫退率計價者外)，本公司將依各該契約條款之約定給付解約金或退還未到期保險費給要保人。
- 本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般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。
- 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。
- 資訊公開說明請查詢本公司全球網際網路網址：
WWW.SK-L.COM.TW 或逕至全省各分公司電腦查詢、下載。
免費服務及申訴電話：**0800-031-115**

代理人(代理投保單位)

簽署：(請使用合約書原印鑑)

此致 新光人壽保險股份有限公司
注意事項：

- ※代理投保單位(以下稱代理人)需與新光人壽保險股份有限公司簽訂旅行平安保險合約書。於本合約書有效期間內，保險人同意代理人於合約書之條件下代為辦理旅行平安保險。
- ※實際要保時務必請使用貴公司單位編號
- ※本代理人聲明代理要保人向貴保險公司辦理各項投保事宜。
- ※本保單須經「代理人」簽署，並經貴公司受理且同意承保後始生效力，否則無效，且應影印份提供要保人留存。
- ※本合約屬**傳真投保**，經回傳確認後保障即行生效，不另出具保單。

申請日期：中華民國 年 月 日

※語音投保自動回傳撥號方式：

- 1、請先按「免持聽筒」鍵，再撥語音傳真號碼：(02)2389-7866，依語音指示按“2”
- 2、輸入合約編號後七碼：W = * 23
- 3、正確請按 1，再按傳真鍵【START】：約 30 分鐘內，電腦會自動回傳確認。

業務員：_____ 登錄(身分證)字號_____

部室/駐區/通訊處：_____ / _____ / _____