

服務專線：

環遊世界旅行綜合保險要保書

傳真專線：

資訊公開查閱：<http://www.zurich.com.tw>消費者可至本公司總、分支機構、網址查閱或索取書面資訊公開說明文件。免費申訴電話：0800-880550
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。

立要保書人願依照 貴公司有關環遊世界旅行綜合保險條款之規定，對於下列所填各項均屬詳實無訛，並無隱匿或偽報情事，足為訂立正式保險契約之根據，特立本要保書存證。

98.3.10(98)台蘇保行展字第 125860號函備查

單位：新台幣元

要保人	姓名	身分證字號 (統一編號)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日	與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他
	聯絡電話	公司()	分機	住家()	行動				
	傳真	電子郵件							
	聯絡地址	市	鄉鎮市區	村里	路街	段鄰	巷弄	號樓	室

保險期間 自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止，共 天 (一天以 24 小時計算)

旅行地點
國內：臺灣本島 臺灣離島(澎湖、金門、馬祖、綠島、蘭嶼)
國外：東北亞 東南亞 中國 亞洲其他國家 美洲 歐洲 大洋洲 非洲 其他
(請註明國家/城市)

投保人數：共 人，詳名冊 未指定身故受益人者，以被保險人之法定繼承人為受益人。

被保險人	被保險人【簽名】	身分證字號/護照號碼	性別	出生日期 民國年/月/日	身故受益人		任職機構/職稱	人身傷害附加保險 保險金額		保險費
					姓名	關係代號		身故/殘廢保險金	傷害醫療	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	

關係代號：(02)配偶 (03)子女 (04)父母 (05)兄弟姊妹 保險費合計 元整

投(給)保(付)項(目)：請依下列方式擇一投保：(請勾選)
A. 個人責任保險 萬
B. 個人責任保險 萬、行李損失保險 萬、額外費用保險 3.3 萬
 附加投保事項：緊急救援費用 特定事故加倍給付

註：
 1. 左列勾選之各項保險金額適用於每一被保險人。
 2. 額外費用保險金額固定3.3萬，包括住宿及旅行費用(最高)2萬、旅行文件重置費用(最高)1萬、行程延遲補償費用(最高)3仟。

繳費方式：信用卡(請填寫信用卡繳付保險費授權書) 現金或票據(限即期票)

投保經歷：被保險人是否同時投保其他保險公司之旅行保險及緊急救援費用 否，是 投保公司名稱 保險金額 萬

注意事項	1. 對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動所致被保險人死亡或殘廢，蘇黎世產險對附加有「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之傷害保險，其給付金額最高以新台幣二百萬元為限(92.12.29台財保第0920073327號函核准)。 2. 若有其他救援服務負擔緊急救援費用時，本公司就超過之部分負理賠責任，且受本保險單所載保險金額之限制。	要保人簽章
聲明事項	1. 本人(被保險人)同意蘇黎世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)同意蘇黎世產物保險公司將本要保書上所有本人資料轉送產、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)同意蘇黎世產物保險公司得依「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。	

要保日期：民國 年 月 日

下列欄位由保險公司填寫

核保人	複審	承辦人	出單地區	經手人代號	經紀人/代理人	備註欄
				B8114G		編號： 身分證： 電話/手機： 地址： 姓名： 出生： 年 月 日



A0001

信用卡繳付保險費授權書

保單資料	保險單(證)號碼： (新投保件免填)	被保險人姓名：	被保險人身分證字號：
授權人信用卡卡號及簽名	<p>本人授權信用卡發卡機構自申請日起，由本授權書所指定之卡號扣款代為支付上述保險單應付之保險費予蘇黎世產物保險股份有限公司(以下簡稱蘇黎世產險)。若信用卡因掛失或有效期間屆滿等原因而換製新卡，本授權書對換製之新卡仍維持授權之效力。本人同意若因而致信用卡變更卡號者，應立即通知蘇黎世產險，以利此保險費之收取。</p> <p>本人同意新投保件之保險單(證)號碼，可參見本次扣款成功後所出具之保險單(證)。</p> <p>本人並同意若要保人及被保險人同意續保時，本授權書對上述保險單之續保保險單仍有授權之效力。</p> <p>本人知悉該筆保險費將併入當月份之信用卡消費明細中，且於收到當月份之繳款通知單後，依發卡機構信用卡契約之約定全數繳納，或繳納最低應繳金額，未繳清之餘額則依信用卡約定條款之利率加計循環利息。各筆循環信用卡利息以各發卡機構約定條款之起息日計算，與指定保單之寬限期無關；如因延遲繳款所致之違約金亦與蘇黎世產險無涉。</p> <p>若本人信用卡發生停用、遲繳、欠款、超額及其他信用貶落之情事致無法扣繳保險費所致之損失，概由本人負責，與發卡機構或蘇黎世產險無涉。且若對蘇黎世產險之保險費計算、退補保險費或授權內容有所疑義時，將自行與蘇黎世產險洽詢解決。</p> <p>本授權書未記載事項，悉依一般銀行慣例及相關法令規定辦理。</p> <p>信用卡別：<input type="checkbox"/>VISA <input type="checkbox"/>Master Card <input type="checkbox"/>JCB <input type="checkbox"/>U Card 發卡機構：_____</p> <p>信用卡號：_____</p> <p>有效期限：西元_____月_____年</p> <p>授權人簽名：_____</p> <p style="text-align: center;">(簽名樣式需與信用卡簽名樣式相同)</p> <p style="text-align: right;">申請日期：_____年_____月_____日</p>		
授權人資料	<p>持卡人中文姓名：_____</p> <p>身分證字號：_____</p> <p>生日：民國_____年_____月_____日</p> <p>與被保險人關係：<input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>配偶 <input type="checkbox"/>子女 <input type="checkbox"/>父母 <input type="checkbox"/>兄弟姊妹 <input type="checkbox"/>婆媳 <input type="checkbox"/>翁婿 <input type="checkbox"/>其他，請說明_____</p> <p>(授權人限定為被保險人二親等以內之親屬)</p>		
備註欄			

要保人簽名：_____

法定代理人簽名：_____

(要保人未滿20歲，請法定代理人簽名)