

環遊世界旅行綜合保險要保書

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、100.9.1 依行政院金融監督管理委員會 100 年 6 月 9 日金管保品字第 10002524863 號令修正
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： <input type="checkbox"/> 臺灣本島 <input type="checkbox"/> 臺灣離島(澎湖、金門、馬祖、綠島、蘭嶼) 國外： <input type="checkbox"/> 東北亞 <input type="checkbox"/> 東南亞 <input type="checkbox"/> 中國 <input type="checkbox"/> 亞洲其他國家 <input type="checkbox"/> 美洲 <input type="checkbox"/> 歐洲 <input type="checkbox"/> 大洋洲 <input type="checkbox"/> 非洲 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明國家/城市)									
被保險人	投保人數：共 人， <input type="checkbox"/> 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【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 姓名	關係代號	任職機構/職稱	人身傷害附加保險 保險金額	保險費	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					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			
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		
投保給付項目	請依下列方式擇一投保：(請勾選) <input type="checkbox"/> A. 個人責任保險 萬 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 緊急救援費用 <input type="checkbox"/> 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為 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	<input type="checkbox"/> 信用卡(請填寫信用卡繳付保險費授權書) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 否， <input type="checkbox"/> 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(99.2.10(99)產健字第 018 號函備查(公會版))。 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	要保日期：民國 年 月 日	
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、要保人)同意蘇黎世產物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。									

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