新光產物保險
地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999
要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw
或至本公司總分支機構查閱資訊公開說明文件

因公赴國外出差或返國述職人員綜合保險 要保書

（預留條碼）

114.06.20 新產精發字第 1140000278 號函備查

保險單號碼		續保單號碼					
要保單位		身份證號 統一編號				出生日期	民國　年　月　日 （要保人為法人此欄免填）
代表人		性別	□男 □女	國籍/ 註冊地	□本國 □外國＿＿＿＿	職業/行業	
聯絡地址	□□□-□□					聯絡電話	（此欄位必填）
要保人與被保險人關係：□同一人(被保險人資料免填) □其他			電子信箱	（此欄位必填）			
保險期間	自民國 114 年 6 月 21 日 零 時起至民國 115 年 6 月 20 日二十四時止						
被保險人資格	短差人員為要保單位每月提供之商務旅行人員名冊，駐外人員依照當時提供之名冊為依據						

保障內容\保額金額(新台幣：元)		一般險 (15 足歲以上適用)	一般險 (未滿 15 足歲適用)	申根險 (15 足歲以上適用)	申根險 (未滿 15 足歲適用)
因公赴國外出差或返國述職人員綜合保險	意外身故、失能保險金	400 萬	20 萬/40 萬/61.5 萬 (擇一投保)	400 萬	20 萬/40 萬/61.5 萬 (擇一投保)
	航空身故或失能保險金	400 萬	-	-	-
	實支實付傷害醫療保險金	40 萬	40 萬	140 萬	140 萬
	海外疾病住院醫療保險金	40 萬	40 萬	140 萬	140 萬
	海外疾病急診醫療保險金	8 萬	8 萬	30 萬	30 萬
	海外疾病門診醫療保險金	限額 2,000	限額 2,000	限額 7,500	限額 7,500
	海外急難救助緊急醫療轉送	50 萬	50 萬	50 萬	50 萬
	海外急難救助搜索救助費用	50 萬	50 萬	50 萬	50 萬
	海外急難救助安排親友前往(兩名為限)	25 萬	25 萬	25 萬	25 萬
	海外急難救助親友於事故發生地或被保險人所在地之住宿及膳食(最高以 15 日為限)	限額 3,500/日	限額 3,500/日	限額 3,500/日	限額 3,500/日
	海外急難返國/移送	150 萬	150 萬	150 萬	150 萬
	海外急難救助安排未成年子女返國	6 萬	6 萬	6 萬	6 萬
	海外急難救助遺體/骨灰當地禮葬	10 萬	10 萬	10 萬	10 萬
	海外急難救助等待返回期間住宿(最高以 5 日為限)	限額 3,500/日	限額 3,500/日	限額 3,500/日	限額 3,500/日
	視需求額外加保兵災保險項目-兵災意外身故、失能保險金	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬
總保險費	新台幣　　元整。				
特約事項	囿於法令規定，未滿 15 足歲喪葬費用投保上限為新臺幣 69 萬元，故未滿 15 足歲子女倘產壽險同業的有效保單，喪葬費用保額已累計超過 69 萬，將不予投保。未滿 15 足歲為喪葬費用或失能保險金，囿於法令規定，將視被保險人其他保險情形，依可保額度最高級距投保。				
聲明事項	要/被保險人聲明並同意： 一、本人（被保險人）同意新光產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。 二、本人（被保險人、要保人）同意新光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。 三、本人（被保險人、要保人）同意新光產物保險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。 **此致 新光產物股份有限公司**				

※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。
※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本、投保人須知、要保書填寫說明請於下方欄位簽名。
※本人(被保險人、要保人)已確認告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。
※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」條款之內容及規定。
※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

要保單位簽章＿＿＿＿＿＿

保經代資訊	招攬人員/登錄字號	保經、代公司簽章	核保	專案代號
收件號：	經辦代號：			因公赴國外出差或返國述職人員綜合保險
單位代號：	招攬人員簽名：			1.保單正本：
員工編號：				2.保單副本：
※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。	登錄字號：			3.收據正本： 4.收據副本：