兆鎮保經/輕鬆保738客服
電話(02)3233-2927 傳真(02)3233-2264
總公司：台北市中正區忠孝西路一段 6 號 18 樓
電話：02-2316-1188

南山產物海外旅行綜合保險要保書

保險單號碼：

102.07.05(102)美亞保精字第 0130 號函送保險商品資料庫、107.09.13 依金融監督管理委員會 107.08.03 金管保壽字第 10704544574 號函修正

※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。※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。※查詢本公司資訊公開說明文件，請上本公司網站，網址：www.nanshangeneral.com.tw，或至本公司索取。免費申訴電話：0800-020-060

要保人姓名：＿＿＿＿＿＿ 代表人：＿＿＿＿＿＿(要保人為法人時需填寫)

身分證號碼（統一編號）：＿＿＿＿＿＿ 出生年月日：＿＿＿＿＿＿ 性別：□男 □女

要保人住所：□□□＿＿＿＿＿＿

聯絡電話：＿＿＿＿＿＿ E-mail：＿＿＿＿＿＿

◎若為大陸地區人民，請打勾：□

被保險人姓名：＿＿＿＿＿＿ 英文姓名：＿＿＿＿＿＿

身分證號碼：＿＿＿＿＿＿ 護照號碼：＿＿＿＿＿＿ 性別：□男 □女

出生年月日：＿＿＿＿＿＿ 與要保人關係：＿＿＿＿＿＿ 聯絡電話：＿＿＿＿＿＿

被保險人住所：□□□＿＿＿＿＿＿

◎ 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(請勾選)。
(一)實支實付型傷害醫療保險：□是，□否 (二)實支實付型醫療保險：□是，□否
被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）?□是，□否 如勾選是者，請提供相關證明文件。

旅遊地區：＿＿＿＿＿＿

【人身保險聲明事項】

1.本人（被保險人）同意南山產物保險股份有限公司（以下簡稱南山產物）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。
2.本人（被保險人、要保人）同意南山產物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。
3.本人（被保險人、要保人）同意南山產物就本人之個人資料，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。
4.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南山產物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南山產物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，而南山產物仍承保者，南山產物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南山產物者，同意南山產物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。

【財產保險聲明事項】

1.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。
2.本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。

要保人簽名：＿＿＿＿＿＿ **法定代理人簽名：**＿＿＿＿＿＿
（要/被保險人未滿 20 足歲者，請法定代理人簽名）

被保險人簽名：＿＿＿＿＿＿
（本要保書內容關係保戶權益，敬請保戶親自填寫並簽章。） **投保日期：**＿＿＿ 年 ＿＿＿ 月 ＿＿＿ 日

保險期間：民國 ＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日 ＿＿＿時起至民國 ＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日 ＿＿＿時止，共 ＿＿＿日

身故保險金受益人：

與被保險人關係：

聯絡地址：

電話：

□不同意填寫聯絡方式

※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，作為身故保險金受益人之通知依據。
※身故受益人除特別指定比例或順位外，以均分方式辦理，惟身故受益人指定為法定繼承人者，除有另行指定外，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定。

※海外突發疾病醫療保險金附加條款所稱「突發疾病」係指被保險人在發病前九十天以內未曾接受治療，且需即時在海外醫療機構診療始能避免損及身體健康之疾病，若該疾病已經治療完全痊癒而再度發生者，亦視為突發疾病。
※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，本公司將依契約條款之約定退還未滿期保險費。
※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失能，南山產物對附加有「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。

保險經紀人
保險代理人 簽章：

業務員簽名：

業務員登錄字號：

編號：

電話：

投保計畫別：(請勾選✓)		□計畫一	□計畫二	□計畫三	□計畫四
承保項目		保險金額			
1.海外旅行傷害保險	a.身故及失能保險金（15 足歲以上適用）	***	□A.200 萬 □B.500 萬 □C.1,000 萬	***	□A.200 萬 □B.500 萬 □C.1,000 萬
	b.失能保險金（未滿 15 足歲適用）	200 萬	***	200 萬	***
2.海外旅行傷害保險－傷害醫療實支實付型附加條款		150 萬	150 萬	150 萬	150 萬
3.海外旅行傷害保險－搭乘公共交通工具期間雙倍給付附加條款	a.身故及失能保險金（15 足歲以上適用）	***	***	***	***
	b.失能保險金（未滿 15 足歲適用）	***	***	***	***
4.第三人責任保險		***	***	400 萬	400 萬
5.緊急救援費用保險－a.緊急醫療運送費用保險		實際費用	實際費用	實際費用	實際費用
	b.遺體運返費用保險	實際費用	實際費用	實際費用	實際費用
	c.子女看護費用保險	12 萬	12 萬	12 萬	12 萬
6.旅程取消保險		***	***	12 萬	12 萬
7.旅程阻礙保險－a.旅程縮短保險 b.旅程更改保險		***	***	12 萬	12 萬
	c.探病費用保險	***	***	20 萬	20 萬
	d.旅行文件損失保險	***	***	10,000	10,000
8.班機延誤保險		***	***	5,000	5,000
9.行李損失保險		***	***	8 萬	8 萬
10.行李延誤費用保險		***	**	5,000	5,000
11.海外旅行傷害保險－傷害醫療住院日額給付型附加條款		***	***	每日 2,000 上限 2 萬	每日 2,000 上限 2 萬
12.海外突發疾病醫療保險金附加條款 a.住院醫療保險金		100 萬	100 萬	100 萬	100 萬
b.急診醫療保險金		住院醫療保險金之百分之二十			
c.門診醫療保險金		住院醫療保險金之千分之五			
繳費別及保險費：		一次交付，新台幣＿＿＿＿＿＿元			

被保險人名冊

編號	被保險人姓名及簽署 法定代理人簽名	投保計畫	出生年月日	性別	身分證號碼 (或護照號碼)	與要保人關係	住所	身故保險金受益人		保險費
1				□男 □女				□法定繼承人 □指定：_____ 關係：_____	聯絡地址： 電話： □不同意填寫聯絡方式	元
2				□男 □女				□法定繼承人 □指定：_____ 關係：_____	聯絡地址： 電話： □不同意填寫聯絡方式	元
3				□男 □女				□法定繼承人 □指定：_____ 關係：_____	聯絡地址： 電話： □不同意填寫聯絡方式	元
4				□男 □女				□法定繼承人 □指定：_____ 關係：_____	聯絡地址： 電話： □不同意填寫聯絡方式	元
5				□男 □女				□法定繼承人 □指定：_____ 關係：_____	聯絡地址： 電話： □不同意填寫聯絡方式	元
6				□男 □女				□法定繼承人 □指定：_____ 關係：_____	聯絡地址： 電話： □不同意填寫聯絡方式	元
7				□男 □女				□法定繼承人 □指定：_____ 關係：_____	聯絡地址： 電話： □不同意填寫聯絡方式	元
8				□男 □女				□法定繼承人 □指定：_____ 關係：_____	聯絡地址： 電話： □不同意填寫聯絡方式	元
9				□男 □女				□法定繼承人 □指定：_____ 關係：_____	聯絡地址： 電話： □不同意填寫聯絡方式	元
10				□男 □女				□法定繼承人 □指定：_____ 關係：_____	聯絡地址： 電話： □不同意填寫聯絡方式	元
									保險費總計：	元

※若需英文投保證明者，請提供護照號碼及英文姓名。
※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，作為身故保險金受益人之通知依據。
※身故受益人除特別指定比例或順位外，以均分方式辦理，惟身故受益人指定為法定繼承人者，除有另行指定外，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定。

南山產物

南山產物保險股份有限公司
www.nanshangeneral.com.tw

信用卡繳費授權書
(財產保險專用)

日期:　　年　　月　　日

信用卡種類：　☐ VISA CARD ☐ MASTER CARD ☐ JCB CARD

信用卡卡號：　　－　　－　　－

信用卡有效日期：　　月　　年（西元）

持卡人與指定保單的關係：☐要保人 ☐被保險人 ☐受益人；

下列身分應檢附關係證明文件：

要/被保險人/受益人之 ☐配偶 ☐二親等血親：_____

要保人為法人時：☐負責人 ☐該企業員工

持卡人正楷姓名：　　持卡人身分證號碼：　　聯絡電話：

持卡人簽名：
（填與信用卡簽名一致）

要保人簽名：
（簽名需與要保書相同）

簽帳日期：　　年　　月　　日						
保　險　費						
被保險人姓名	保險費繳交項目：保/批單號碼 /車牌	十	萬	千	百	十	元
	☐保單號碼/車牌：						
	☐保單號碼/車牌：						
	☐保單號碼/車牌：						
	共計_____件，總金額 NT$						

保單服務人員(含業務員)簽章: _____

註 1. 持卡人同意以信用卡支付保險費金額予南山產物保險股份有限公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。 2. 本項交易經聯合信用卡處理中心核准後，當即寄發保險費收據予被保險人。 3. 本項交易若未獲聯合信用卡處理中心核准，則本保險費簽帳單自動失效，南山產物保險股份有限公司得重新收費。 4. 持卡人以信用卡繳費僅限於全額保險費。 5. 本單若已傳真請勿再寄回本公司以免重覆扣款。6. 二親等血親內親屬包括父母、子女、兄弟姐妹、 (外)祖父母、 (外)孫子女

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

南山產物保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項規定，向　台端告知下列事項，請台端詳閱：

一、蒐集之目的：
人身保險(〇〇一)、金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(〇五九)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(〇六三)、契約、類似契約或其他法律關係事務(〇六九)、消費者、客戶管理與服務(〇九〇)、財產保險(〇九三)及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。

二、蒐集之個人資料類別：
姓名、身分證統一編號、護照號碼、出生年月日、性別、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查、旅行細節，詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：
(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
(二)對象：本(分)公司、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司(透過保險代理人或保險經紀人公司投保者)、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、衛生福利部中央健康保險署、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、本公司母公司、本公司母公司之監理或主管機構、與要保人或被保險人有旅遊契約關係之旅行社人員。
(三)地區：上述對象所在之地區。
(四)方式：合於法令規定之利用方式。

四、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有　台端之個人資料得行使之權利及方式：
(一)得向本公司行使之權利：
1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.向本公司請求補充或更正。
3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
(二)行使權利之方式：請提出書面申請或可透過 Info@NSGeneral.com.tw 電子郵件信箱與本公司聯繫。

五、台端不提供個人資料所致權益之影響：
台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供　台端相關服務或給付。

南山產物(NSGI) 2018 年 3 月 1 日版

【銀行】007第一銀行建成分行
【帳號】121-10-100252
【戶名】南山產物保險股份有限公司