



※ 本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站 (<https://www.cki.com.tw>) 查閱，或親臨本公司(100 台北市武昌街一段五十八號)及各分支機構洽詢。
 ※ 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。
 ※ 本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。

112 年 6 月 2 日兆產備字第 1124300264 號函備查

保單號碼		文件編號					
保險期間 自民國 年 月 日 時起，計 日							
要保人	姓名或名稱	國籍 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	身分證統一編號	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	要保單位負責人	出生年月日	與被保險人關係	年齡			
	住所(通訊)地址	聯絡電話(手機)					
	E-mail <small>※數字0請以0書寫</small>	<input type="checkbox"/> 本人同意使用【電子保單且不寄送紙本保單】寄送至要保人之E-MAIL帳號，勾選電子保單手機號碼或E-MAIL必填，若有缺漏則改發紙本。					
(主)被保險人	姓名	等，合計 人，詳如名冊	身分證統一編號	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	出生年月日	國籍 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	年齡				
<input type="checkbox"/> 同要保人	住所(通訊)地址	聯絡電話(手機)					
※除身故保險金以外，其餘各項保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理指定或變更。被保險人身故時，如本契約保險金尚未給付或未完全給付，則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。 <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人，須填寫下列欄位							
受益人	姓名	身分證字號	出生日期	國籍	與被保險人關係	聯絡住址、電話	給付方式
	1					<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 (依左列順序)
	2					<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話	
	3					<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話	
※注意事項：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。							
交通工具 <input type="checkbox"/> 郵輪 <input type="checkbox"/> 飛機 <input type="checkbox"/> 遊覽車 <input type="checkbox"/> 其他 _____		繳費方式 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
旅遊地區 _____							
航班資訊	序號	航班號碼	航班日期	序號	航班號碼	航班日期	
	1	-	年 月 日	3	-	年 月 日	
	2	-	年 月 日	4	-	年 月 日	
承保範圍		保險金額(NT\$)	承保範圍	保險金額(NT\$)			
樂遊旅行平安保險	身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金		萬元	<input type="checkbox"/> 實支實付傷害醫療保險金	萬元		
	重大燒燙傷保險金		身故保險金之百分之五十				
■新個人海外旅行不便保險 1. 旅程取消保險 限額 2 萬元 2. 班機延誤保險 定額 3,000 元 3. 旅程更改保險 限額 2 萬元 4. 行李延誤保險 定額 3,000 元 5. 行李損失保險 定額 3,000 元 6. 旅行文件損失保險 定額 3,000 元		■新個人海外旅行綜合保險 1. 第三人責任保險 限額 50 萬元 2. 劫機事故保險金 定額 10 萬元 3. 食品中毒保險金 定額 5,000 元 4. 現金竊盜損失保險金 定額 3,000 元					
<input type="checkbox"/> 海外急難救助費用附加條款 1. 親友前往探視或處理後事費用(限1人) 10 萬元 2. 未成年子女返國費用 10 萬元 3. 醫療轉送費用 150 萬元 4. 遺體或骨灰運送費用 20 萬元 5. 喪葬費用 20 萬元		<input type="checkbox"/> 新海外突發疾病醫療健康保險附約 海外突發疾病醫療保險金限額 萬元 ※. 海外突發疾病住院醫療保險金-給付總額不得超過「海外突發疾病醫療保險金限額」 ※. 海外突發疾病門診醫療保險金-給付總額不得超過「海外突發疾病醫療保險金限額」的2% ※. 海外突發疾病急診醫療保險金-給付總額不得超過「海外突發疾病醫療保險金限額」的20%					
其他附加條款							
總承保人數：_____人 (主)被保險人總保險費(NT\$)：_____元 合計總保險費(NT\$)：_____元							

【接續上頁】

是否同時或已有投保其他旅行平安保險？是，保險公司 _____，保險金額：新台幣 _____ 萬元，否。
 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）：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。

☑傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款：

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，不論其是否有其他原因或事件同時 或先後介入所致被保險人死亡或失能，其給付額度依本附加條款約定辦理，最高以新台幣二百萬元為限。

【聲明事項】

要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：

- (一) 本人（被保險人）同意兆豐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）同意兆豐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）同意兆豐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。
- (四) 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兆豐產物保險公司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兆豐產物保險公司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，而兆豐產物保險公司仍承保者，兆豐產物保險公司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兆豐產物保險公司者，同意兆豐產物保險公司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。
- (五) 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。

※兆豐產物保險公司保有承保與否之最終權利。

本人(要保人)是否知悉保險商品之「要保書填寫說明」、「保單條款」及「投保人須知」均得於填寫要保書前至兆豐產物保險公司官網查詢或洽客服諮詢；於填寫要保書時，是否已於簽署前詳細審閱上開文件，且充分理解其內容，並同意遵守之。(請勾選)…是否。

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____ 法定代理人／監護人簽名：_____

(要／被保險人受監護宣告者需由法定代理人／監護人代簽及簽名)

(未滿7足歲之子女由法定代理人代簽)

(要／被保險人未成年者需由法定代理人簽名)

要保日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下列欄位由保險公司填寫

兆豐產險欄位	主管核定	核保	經辦	業務員簽名	保經代欄位	業務員簽名	保代/保經簽署章
				業務員登錄字號		業務員登錄字號	
				保經代代號		營業單位名稱	
				代號		營業單位代號	

兆豐產物旅行綜合保險暨旅行平安保險要保書被保險人名冊

被保險人			保險金額(新台幣)			保險費	是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險(請勾選)	身故受益人(註)				代理人 法定名	
序號	姓名	出生日期	身分證字號	身故或喪葬費用及失能保險金	傷害醫療實支實付			海外突發疾病醫療保險金額	序號	姓名	身分證字號		與被保險人關係
			國籍	重大燒燙傷保險金				出生日期	國籍				
1	同首頁(主)被保險人												
2		年 月 日		萬元 身故保險金之百分之五十	萬元	萬元	元	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2.				
3		年 月 日		萬元 身故保險金之百分之五十	萬元	萬元	元	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2.				
4		年 月 日		萬元 身故保險金之百分之五十	萬元	萬元	元	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2.				
5		年 月 日		萬元 身故保險金之百分之五十	萬元	萬元	元	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2.				
6		年 月 日		萬元 身故保險金之百分之五十	萬元	萬元	元	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2.				
7		年 月 日		萬元 身故保險金之百分之五十	萬元	萬元	元	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2.				
8		年 月 日		萬元 身故保險金之百分之五十	萬元	萬元	元	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2.				
9		年 月 日		萬元 身故保險金之百分之五十	萬元	萬元	元	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2.				
10		年 月 日		萬元 身故保險金之百分之五十	萬元	萬元	元	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 2.				

合計_____人，總保險費_____元

註：1.被保險人傷害或失能時之受益人為被保險人本人。

2.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。