



美商安達保險股份有限公司台灣分公司
旅行平安保險要保書

960201 安慈商字第 0960012 號備查
960921 安麟核字第 0960149 號備查

- ◎本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：www.ace-ina.com.tw 或洽免費服務專線 0800-339-899 或至本公司查詢。
- ◎本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司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。
- ◎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，以避免權益受損。
- ◎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。

個人件 集體投保彙繳保件

保單號碼：_____

要保書編號：_____

(本收據必須填上保險單號碼始生效力)

要保人姓名及簽署 <small>※要保人已知悉並同意接受本要保書所載明之聲明事項；倘要保人未滿 20 足歲，請加註法定代理人簽署</small>		<input type="checkbox"/> 同被保險人本人 <input type="checkbox"/> 要保人_____		與被保險人關係：		業務單位：	
聯絡地址：		行動電話：				業務員：	
E-MAIL：						登錄證字號：	
契約生效日		目的地：				備註：	
民國 年 月 日上午 時起 共計 天							
是否同時投保其他保險公司之旅行平安保險（含其他實支實付傷害醫療或實支實付醫療保險）？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請詳述公司名稱及保險金額） 保險公司名稱／_____保險金額／_____							
要保人及被保險人聲明事項： 1.本人(被保險人)同意美商安達保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱美商安達保險)查閱本人相關醫療記錄及病歷資料。 2.本人(被保險人)同意美商安達保險將本要保書所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線資料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)同意美商安達保險得依「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。 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美商安達保險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美商安達保險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，而美商安達保險仍承保者，美商安達保險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美商安達保險者，同意美商安達保險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。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人已知悉本要保書所載『聲明事項』之內容，並同意接受其相關內容之約束。							
授權代表人：							
被保險人姓名及簽署 <small>※被保險人已知悉並同意接受本要保書所載明之聲明事項</small>	出生日期	身分證或護照號碼	身故受益人 <small>(若未指定則為法定繼承人)</small>	與被保險人關係	身故及殘廢 保險金額	傷害醫療 保險金額	每人保險費
					萬	萬	元
					萬	萬	元
					萬	萬	元
					萬	萬	元
					萬	萬	元
修改任何資料需於修改處簽名並書面傳真確認					總保額	萬	元
					保險費總計	萬	元

本要保書須經授權代表人簽章始生效力

(以下內容非本要保書一部份)

信用卡繳付保險費付款委託書	
授權人姓名及簽署：	身分證字號：
信用卡號：_____	卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡
信用卡有效期限：至 年 月 年(西元)	發卡機構： 銀行

本單請於 XX 年 XX 月 XX 日前使用，逾期無效。第一聯：營運部留存聯／第二聯：業務單位留存聯／第三聯：客戶留存聯