

活力加倍六

傷害保險主約方案D為例

搭乘大眾運輸 交通工具保障

最高給付2,500萬

搭乘【陸】【海】【空】大眾運輸
交通工具意外事故身故、失能給付，
外出保障最安心

特定意外 事故保障

最高給付1,000萬

【火災】【地震】【一氧化碳中毒】
【颱風】【洪水】及【土石流】
意外事故身故、失能給付，
居家在外免擔心

特別看護費用

最高給付125萬

因意外傷害事故造成
【第一級至第三級】
失能程度，除給付意外失能保險金，
再給付特別看護費用

以實支實付醫療D附加方案、門診定額D附加方案為例(擇一附加)

實支實付醫療

實支實付最高15萬

+

意外門診手術醫療2,000元

門診定額醫療

傷害門診定額醫療保障

最高4.5萬

+

意外門診手術醫療2,000元

海外緊急 急難救助服務

限額美金5萬

提供【全球】海外緊急急難
救助服務，海外援助無國界

全年保障海外突發疾病及不便險附加方案

海外突發疾病 住院醫療

突發疾病住院醫療保障20萬

美加地區自動升級為40萬
歐洲、日本、紐澳地區自動升級為30萬

全年個人 責任保險

提供全年國內、國外個人責任保險

最高30萬
每次事故自負額僅2,000元

全年多次 不便保險

全年國外差旅不限次數

可免逐次投保旅行不便保險

注意
事項

1. 承保對象：被保險人具有中華民國國籍者或已取得居留證者。
2. 方案限制：實支實付醫療附加方案、門診定額醫療附加方案不得與傷害險主方案交叉選擇；實支實付醫療附加方案與門診定額醫療附加方案僅能擇一附加。
3. 每一被保險人於本公司一般意外身故保險金額累積不得超過500萬，同業(含本公司)實支實付傷害醫療保險契約不得超過3張，本公司將依其投保內容及其他相關資訊(含同業通報資訊)進行核保審查，並保留最終承保與否及調整保險費之權利，其他未盡事宜，悉依本公司保險單條款規定辦理。
4. 本保險契約失能保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理受益人之變更。身故保險金受益人本公司僅接受被保險人指定其父母、配偶、子女或兄弟姊妹為受益人。
5. 傷害險主方案、實支實付醫療附加方案、門診定額醫療附加方案恕不受理以下職業類別人員投保：非法入境者、鎮壓警察、偵治調查人員、亂黨、無(待)業、保安警察、岸巡人員、海上油礦開採業工程師、國內泛舟安全人員、帆布織架架設、輕鋼架架設人員、建築土木雜工、建築木工臨時工、建築土木工地清潔工、化學工程環保人員、下水道清潔工、鑛油井工人、鑛油槽清潔工、吊車司機及隨車工人、挖土機(挖手)操作員、鋼骨結構架設工人、鋼架架設工人、貼窗時(外牆) 窗屋架設、掃地機皮屋、大樓玻璃窗框安裝、鑛塔架設人員、海灣港口工程人員、水壩工程人員、橋樑工程人員、鑛場工、戶外廣告招牌製作架設人員、武打演員、電力工程設施之架設人員、電器系統維護人員、儲油槽及儲氣槽清理人員、高樓外部清潔工、煙囪清潔工、刑警、救難人員、潛水人員、採石業工人、海上油礦開採業技術員、油氣井清潔保養修護工、鑛動設備安裝換修保養工、救難船員、民航機飛行人員、直昇機飛行人員(含輕型航空器駕駛人員)、民航機飛行空安管、有關高壓電之工作人員、核能工作人員、空中警察、警務特勤人員(維安小組、霹靂小組)、空巡人員、海巡人員、曠工、採石爆破人員、船體切割人員(海上)、爆破工作人員、爆破工、特種軍人、武器或彈藥製造人員、軍機駕駛及機上工作人員、賽車人員、跳傘人員、遠洋漁船船員、近海漁船船員、海釣船人員、各種職業運動員等及拒保人員。
6. 全年保障海外突發疾病及不便險附加方案恕不受理以下職業類別人員投保：旅遊業領隊、導遊、長期駐外人士。
7. 本保險契約以一年為期，自本公司核保通過及扣款成功後，追溯自本公司收訖要保書當日二十四時生效。如付款人之信用卡無法扣款，本申請書自始無效。
8. 為保障被保險人權益，如日後職業類別與投保時之職業類別不符者，務請務必通知本公司辦理續保，如未通知，於保險事故發生時本公司將不予理賠並終止該保險契約，本公司將自發生日起按日數計算退還未滿期保險費；但若被保險人發生事故時之職業類別與投保時之職業類別不符時，若被保險人發生事故時之職業類別高於投保時之職業類別，則依實繳保費與應繳保費之比例給付保險金。
9. 如被保險人同時符合本保險契約所約定承保兩項或兩項以上之特定意外傷害事故時，本公司依最高保險金額給付身故保險金或失能保險金。
10. 消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定附加費用率最高為40%，最低為20%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話：0800-005-588)或網站(網址：<http://www.skinsurance.com.tw>)，以保障您的權益。

商品文號：107.06.29(107)新產精發字第620號函備查；107.08.17依據金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修訂；108.11.01(108)新產精發字第1177號函備查；108.11.21(108)新產精發字第1223號函備查；106.09.01(106)新產精發字第981號函備查；108.09.23(108)新產精發字第1043號函備查；108.09.23(108)新產精發字第1044號函備查；92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)；107.08.17依據金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修訂

給付項目：身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金、大眾運輸工具交通意外身故保險金或喪葬費用保險金、大眾運輸工具交通意外失能保險金、特定事故意外身故保險金或喪葬費用保險金、特定事故意外失能保險金、特別看護費用保險金、特定機務擔保保險金、實支實付醫療保險金、住院保險金、加護病房保險金、燒燙傷病房保險金、住院慰問保險金、意外門診手術醫療保險金、食物中毒慰問保險金、輔助器具費用保險金、傷害醫療門診定額保險金、海外突發疾病住院醫療保險金、海外突發疾病急診醫療保險金、海外突發疾病門診醫療保險金、個人責任保險金、旅行文件重置費用、行李延誤補償保險金、行李遺失補償保險金、班機延誤慰問保險金、班機改降慰問保險金、額外住宿與交通費用、劫機慰問保險金



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

地址：台北市建國北路2段15號 電話：(02)2507-5335 免費申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999

要保人可透過本公司網站<http://www.skinsurance.com.tw>或至總公司、分公司及通訊處查閱資訊公開說明文件。

傷害保險主約方案

新台幣：元

給付項目	方案A	方案B	方案C	方案D	兒童方案E	
一般意外身故、失能	100萬	200萬	300萬	500萬	200萬 (僅失能保險金)	
火災意外身故、失能 (已含一般意外身故、失能)	200萬	400萬	600萬	1,000萬	—	
一氧化碳中毒意外身故、失能 (已含一般意外身故、失能)	200萬	400萬	600萬	1,000萬	—	
地震意外身故、失能 (已含一般意外身故、失能)	200萬	400萬	600萬	1,000萬	—	
颱風、洪水、土石流意外身故、失能 (已含一般意外身故、失能)	200萬	400萬	600萬	1,000萬	—	
大眾運輸工具交通意外身故、失能 (已含一般意外身故、失能)	500萬	1,000萬	1,500萬	2,500萬	—	
特定看護費用保險金	25萬	50萬	75萬	125萬	50萬	
特定燒燙傷保險金	25萬	50萬	75萬	125萬	50萬	
一般病房住院日額保險金 (每次傷害給付最高90日)	每日2,000	每日2,000	每日3,000	每日3,000	每日2,000	
加護病房住院日額保險金 (每次傷害額外給付最高14日)	每日4,000	每日4,000	每日4,000	每日4,000	每日4,000	
燒燙傷病房住院日額保險金 (每次傷害額外給付最高14日)	每日4,000	每日4,000	每日4,000	每日4,000	每日4,000	
骨折未住院給付 (依骨折日數表換算給付)	最高6萬	最高6萬	最高9萬	最高9萬	最高6萬	
住院慰問保險金 (住院須達3日 (含) 以上)	每次2,000	每次2,000	每次2,000	每次2,000	每次2,000	
輔助器具費用保險金	最高5萬	最高5萬	最高5萬	最高5萬	最高5萬	
食物中毒慰問保險金	每次3,000	每次3,000	每次3,000	每次3,000	每次3,000	
一年期專案保險費	一至三類	1,285	2,215	3,272	5,132	629
	四類	2,640	4,535	—	—	—
	五類	4,075	—	—	—	—
	六類	5,224	—	—	—	—

傷害醫療附加方案 (實支實付醫療附加方案、門診定額醫療附加方案不得與上述主方案交叉選擇)

新台幣：元

「實支實付」醫療附加方案		實支實付附約A	實支實付附約B	實支實付附約C	實支實付附約D	實支實付附約E	
醫療附加方案僅能擇一附加	傷害醫療保險金 (實支實付型)	3萬	8萬	10萬	15萬	8萬	
	意外門診手術醫療保險金	每次500	每次1,000	每次1,500	每次2,000	每次1,500	
	一年期專案保險費	一至三類	460	531	567	611	531
		四類	966	1,118	—	—	—
		五類	1,504	—	—	—	—
六類		1,933	—	—	—	—	
「門診定額」醫療附加方案		門診定額附約A	門診定額附約B	門診定額附約C	門診定額附約D	門診定額附約E	
醫療附加方案僅能擇一附加	傷害醫療門診定額保險金 (保險期間最高75次)	每次400	每次500	每次550	每次600	每次500	
	意外門診手術醫療保險金	每次500	每次1,000	每次1,500	每次2,000	每次1,000	
	一年期專案保險費	一至三類	370	475	538	600	475
		四類	777	1,000	—	—	—
		五類	1,208	—	—	—	—
六類		1,553	—	—	—	—	

全年保障海外突發疾病、個人責任險及不便險附加方案

新台幣：元

給付項目	全年多次保障型H
海外突發疾病住院醫療保險金	最高20萬
海外突發疾病急診醫療保險金	每次最高4萬
海外突發疾病門診醫療保險金	每次最高1000
個人責任保險金 (每一事故自負額2,000)	保險期間內累計30萬
旅行文件重置費用	限額1萬元
行李延誤補償保險金 (返回原出發地或居住地給付保險金50%)	每次3,000
行李損失補償保險金	每次3,000
班機延誤慰問保險金 (甲型) (延誤滿4小時, 給付保險金)	每次3,000
班機改降慰問保險金	每次3,000
額外住宿與交通費用 (每次最高給付10日)	每日限額3,000元
劫機慰問保險金 (每次最高給付10日)	每日3,000元
一年期專案保險費	948

投保規則

職業類別	一至六類；五、六類限保方案A；四類、家庭主婦及退休人士限保方案A、B；長期駐留 (指六個月以上) 大陸或國外人士限保方案A、B、C。
年齡限制	未滿1歲 (有身份證者) 至70歲, 續保至75歲, 61歲 (含) 以上限保方案A、B、C；66歲 (含) 以上限保A、B；71歲 (含) 以上限保方案A；未滿15足歲限保方案E。
投保限制	全年保障海外突發疾病及不便險附加方案不受以下職業類別投保：旅遊業領隊、導遊, 長期駐外人士。

(預留條碼)

要保書文號：108.11.18(108)新產傷發字第 1170 號函送保險商品資料庫

保險單號碼		續保單號碼					
要保人	姓名/公司名稱	身分證號 統一編號		出生日期	民國 年 月 日		
	代表人	<small>(若要保人為自然人身份，此欄位免填)</small>		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍/註冊地 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國		
	聯絡地址	□□□-□□		職業/行業	聯絡電話		
電子保單 (同意請勾選)	<input type="checkbox"/> 支持環保愛地球，本人同意設定電子保單，且不寄送紙本保單，如本公司因特殊狀況無法提供時，得通知要保人改提供紙本保單。		電子信箱	<small>(若同意設定電子保單，此欄位必填)</small>			
要保人被保險人關係： <input type="checkbox"/> 同一人 <small>(以下被保險人資料免填)</small> <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 僱傭				行動電話	<small>(若同意設定電子保單，此欄位必填)</small>		
被保人	姓名	身分證號		出生日期	民國 年 月 日		
	電子信箱	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍/註冊地 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	行動電話			
	聯絡地址	□□□-□□		聯絡電話			
保險期間	自民國 年 月 日 24 時起一年。 <small>於保險期間屆滿前，經本公司同意承保並通知續保，倘要保人繼續交付續保保險費，則本保險契約繼續有效。</small>						
詢問事項	※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？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，如勾選是者，請提供。 ※保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，如勾選是者，請提供相關證明文件。						
受益人	<small>※以未滿 15 足歲之未成年人為被保險人者，不含意外身故保險金或喪葬費用保險金。 ※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。 ※指定身故受益人限定為被保險人之配偶、子女、父母及兄弟姊妹，未指定者，視為同意以法定繼承人為身故保險金受益人。</small>						
	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人，須填寫下列欄位						
		姓名	身分證號	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"/> 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：	<input type="checkbox"/> 均分		
(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：	<input type="checkbox"/> 比例 1. ___ % 2. ___ % 3. ___ %		
傷害險主方案		(新台幣：元)	方案 A	方案 B	方案 C	方案 D	兒童方案 E
一般意外身故、失能			100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	200 萬 <small>(僅失能保險金)</small>
火災意外身故、失能 <small>(已含一般意外身故、失能)</small>			200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬	-
一氧化碳中毒意外身故、失能 <small>(已含一般意外身故、失能)</small>			200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬	-
地震意外身故、失能 <small>(已含一般意外身故、失能)</small>			200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬	-
颱風、洪水、土石流事故意外身故、失能 <small>(已含一般意外身故、失能)</small>			200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬	-
搭乘大眾運輸工具交通意外身故、失能 <small>(已含一般意外身故、失能)</small>			500 萬	1,000 萬	1,500 萬	2,500 萬	-
特別看護費用保險金			25 萬	50 萬	75 萬	125 萬	50 萬
特定燒燙傷保險金			25 萬	50 萬	75 萬	125 萬	50 萬
一般病房住院日額保險金 (每次傷害給付最高 90 日)			每日 2,000	每日 2,000	每日 3,000	每日 3,000	每日 2,000
加護病房住院日額保險金 (每次傷害額外給付最高 14 日)			每日 4,000	每日 4,000	每日 4,000	每日 4,000	每日 4,000
燒燙傷病房住院日額保險金 (每次傷害額外給付最高 14 日)			每日 4,000	每日 4,000	每日 4,000	每日 4,000	每日 4,000
骨折未住院給付 (依骨折日數表換算給付)			最高 6 萬	最高 6 萬	最高 9 萬	最高 9 萬	最高 6 萬
住院慰問保險金 (住院須達 3 日(含)以上)			每次 2,000	每次 2,000	每次 2,000	每次 2,000	每次 2,000
輔助器具費用保險金			最高 5 萬	最高 5 萬	最高 5 萬	最高 5 萬	最高 5 萬
食物中毒慰問保險金			每次 3,000	每次 3,000	每次 3,000	每次 3,000	每次 3,000
每人年保險費	一至三類	<input type="checkbox"/> 1,285	<input type="checkbox"/> 2,215	<input type="checkbox"/> 3,272	<input type="checkbox"/> 5,132	<input type="checkbox"/> 629	
	四類	<input type="checkbox"/> 2,640	<input type="checkbox"/> 4,535	-	-	-	
	五類	<input type="checkbox"/> 4,075	-	-	-	-	
	六類	<input type="checkbox"/> 5,224	-	-	-	-	

自選醫療附加方案(不得與上述傷害險方案交叉附加)

「實支實付」醫療附加方案 (新台幣:元)		實支實付 A	實支實付 B	實支實付 C	實支實付 D	實支實付 E
傷害醫療保險金(實支實付型)		3 萬	8 萬	10 萬	15 萬	8 萬
意外門診手術醫療保險金		每次 500	每次 1,000	每次 1,500	每次 2,000	每次 1,000
每人年保險費	一至三類	□460	□531	□567	□611	□531
	四類	□966	□1,118	-	-	-
	五類	□1,504	-	-	-	-
	六類	□1,933	-	-	-	-
「門診定額」醫療附加方案 (新台幣:元)		門診定額 A	門診定額 B	門診定額 C	門診定額 D	門診定額 E
傷害醫療門診定額保險金 (保險期間最高 75 次)		每次 400	每次 500	每次 550	每次 600	每次 500
意外門診手術醫療保險金		每次 500	每次 1,000	每次 1,500	每次 2,000	每次 1,000
每人年保險費	一至三類	□370	□475	□538	□600	□475
	四類	□777	□1,000	-	-	-
	五類	□1,208	-	-	-	-
	六類	□1,553	-	-	-	-

※本人是否同意保險公司依投保內容及同業通報資訊進行核保審查時，如遇無法投保「實支實付」醫療附加方案時，改投保「門診定額」醫療附加方案。
是，要保人或被保險人親簽：_____ 否 (未勾選者，視為不同意。)

自選全年多次保障型附加方案

海外突發疾病、個人責任險與不便險附加方案 (新台幣:元)	全年多次保障型 H
海外突發疾病住院醫療保險金	最高 20 萬 (美加地區為 40 萬、歐洲、紐澳、日本為 30 萬)
海外突發疾病急診醫療保險金	每次最高 4 萬 (美加地區為 8 萬、歐洲、紐澳、日本為 6 萬)
海外突發疾病門診醫療保險金	每次最高 1,000 (美加地區為 2,000 元、歐洲、紐澳、日本為 1,500 元)
個人責任保險金 (每一事故自負額 2,000)	保險期間內累計 30 萬
旅行文件重置費用	限額 1 萬
行李延誤補償保險金 (返回原出發地或居住地給付保險金 50%)	每次 3,000
行李損失補償保險金	每次 3,000
班機延誤慰問保險金(甲型)(延誤滿 4 小時，給付保險金)	每次 3,000
班機改降慰問保險金	每次 3,000
額外住宿與交通費用 (每次最高給付 10 日)	每日限額 3,000
劫機慰問保險金 (每次最高給付 10 日)	每日 3,000
每人年保險費	□948

合計總保險費	(未自選附加方案，本欄免填) _____元
--------	-----------------------

被保險人告知事項：(要保人、被保險人須詳實填寫) 為確保您的權益，告知事項請務必親自填寫，如有不實，本公司得依保險法第六十四條解除本保險契約，保險事故發生後亦同。

被保險人服務單位	職位/工作內容	兼 職	職業類別	(由新光產物人員填寫)
1、被保險人過去二年內是否曾因患有右列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？	(1)高血壓症(指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)精神病、巴金森氏症。(3)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2、被保險人目前身體機能是否有下列障害？	(1)失明。(2)是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表○，三以下。(3)聾。(4)是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。(5)啞。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

※被保險人現在及過去之健康情形若有上列所述的情況，請詳填：

- 1.病名(外傷者，受傷部位)：_____ 2.就診大約日期：_____ 3.有無用藥/藥名：_____
- 4.診療過程(門診或住院)：_____ 5.有無手術：_____ 6.治療結果及目前狀況：_____

聲明事項

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。
 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新光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新光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，而新光產物保險公司仍承保者，新光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新光產物保險公司者，同意新光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。
 ※本保險商品為非保證續保之健康保險。 ※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、被保險人)於填寫要保書時，已審閱新光產物保險公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」及「投保人須知」。
 ※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。

要保人親簽：_____ 被保險人親簽：_____ 法定代理人或監護人親簽：_____ (未成年者請由法定代理人親簽。)

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保經代資訊	業務人員/登錄字號	保經代簽署	核保	專案代號
收件號：_____	經辦代號：_____			88ISK45 活力加倍 系列六
單位代號：_____	業務員簽名：_____			
員工編號：_____	登錄字號：_____			

※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。

※首期繳費方式除信用卡者，如遇約定保險期間生效日早於實際繳費日時，本公司將以實際繳費日為其保險期間生效日。

繳費方式	首期： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 現金
	續期： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 帳戶扣款 <input type="checkbox"/> 超商繳費

信用卡簽帳單暨授權書 ※授權依上述信用卡繳費勾選期別辦理保費扣款

信用卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡【*本公司不接受AE卡】	發卡銀行：
信用卡卡號：_____	信用卡有效期限：西元20____年____月底止
持卡人姓名(正楷)：_____	持卡人身分證號碼：
持卡人電話：_____	簽單保費(簽帳/帳扣金額)：如要保書所載之方案保費
持卡人與要保人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 公司負責人	

持卡人已詳閱下列注意事項及授權約定事項，對簽帳單暨授權書內容均已充分瞭解，並於下方簽名表示同意：
 一、持卡人同意以信用卡支付上開保險費金額予新光產物保險股份有限公司(下稱本公司)，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。
 二、本項交易若未獲收單銀行核准，則本簽帳單自動失效，本公司得再行收費。
 三、授權人將本授權書送達本公司據以辦理自動扣繳付款作業，並同意本公司於保險期間屆滿前，逕行以本授權書所載之信用卡扣款支付不限次數之續期保費。
 四、有下列各款情形之一者，本授權書之效力自該情形發生之日起終止：(1)發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構之信用卡契約終止時。(3)要保人以書面通知本公司終止授權。(4)授權人重新填具授權書變更本授權書內容時，本授權書效力自新授權書生效後，即行終止。
 五、簽訂本授權書後，如繳付保險費之「信用卡」卡號變更、停用或有效期限到期時，授權人應主動以書面通知本公司變更；如未通知變更而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，依保險契約之相關規定辦理。
 六、授權人如因發卡機構代收金額與應繳金額不符時，或對保險費計算、變動有異議者，除依本授權書約定終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。
 七、授權人指定之信用卡不因日後簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。

授權人暨持卡人簽名：_____ (須與信用卡背面簽名一致) 日期：民國____年____月____日

帳戶扣款授權書 ※授權扣款限續期保費

紙本授權付款(需另填寫「自動轉帳付款授權書」)
電子授權付款(限以下合作銀行可透過全省中國信託銀行 ATM 機完成授權付款作業)
 ※電子授權付款帳號後 4 碼 (必填)
 臺灣銀行、土地銀行、第一銀行、華南銀行、彰化銀行、上海銀行、台北富邦銀行、國泰世華銀行、兆豐銀行、王道銀行、台灣中小企業銀行、新光銀行、聯邦銀行、遠東銀行、元大銀行、永豐銀行、凱基銀行、星展銀行、台新銀行、日盛銀行、中國信託銀行、合庫銀行

帳戶授權人姓名：	帳戶授權人身份證號碼/統編：
授權人與要保人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox">兄弟姐妹 <input type="checkbox"/>公司負責人</input>	簽單保費(簽帳/帳扣金額)：如要保書所載之方案保費

本人授權新光產物保險公司及上述之指定銀行/郵局得自授權人之上述帳戶內自動轉帳，以繳付所指定之保險契約應繳不限次數續期保費。倘本人帳戶發生無足夠餘額或該帳戶遭法院強制執行無法轉帳者致無法扣繳保險費所招致之損失，概由本人負責。

授權人簽名：_____

新光產物保險需求及適合度分析評估暨業務員報告書 (人身)

要保人			
自然人		法人	
姓名	名稱	名稱	姓名
國籍 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (外國請填國別)	法人註冊地	國籍 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (外國請填國別)	國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (外國請填國別)
主要居住地 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (外國請填國別)	主要營業處所	主要營業處所	行業
職業 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 註一所列 _____	行業	行業	註一：珠寶及貴金屬製品批發零售業、汽車批發零售業、金融保險業、金融及保險服務經理人員、證券金融交易員及經紀人、信用及貸款人員、保險代理人、銀行櫃員及有關係人員、金融租賃業、收帳及有關係人員、證券期貨商、顧問管理業、財務及投資顧問、不動產業、不動產經紀人、律師會計事務業、會計專業人員、律師及公證辯護人、博奕業、博奕及有關係人員、特殊娛樂業、宗教組織、宗教專業人員、宗教助理專業人員、民意代表、政府高階主管人員、警察。
負責人基本資訊		註二：本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。	
註三：國籍、職業/行業如涉及雙重國籍或多重職業/行業者，得複選。			
註四：法人負責人或代表人，原則應與要保書所記載一致。			
註五：要保人多人時，請個別填寫報告書。若被保險人為多人時，以母公司、總機構之資訊及行業為準，自然人填一張為代表。			
被保險人 ○同要保人，免填以下欄位			
姓名	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (外國請填國別)	
職業	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 註一所列 _____		
註一：珠寶及貴金屬製品批發零售業、汽車批發零售業、金融保險業、金融及保險服務經理人員、證券金融交易員及經紀人、信用及貸款人員、保險代理人、銀行櫃員及有關係人員、金融租賃業、收帳及有關係人員、證券期貨商、顧問管理業、財務及投資顧問、不動產業、不動產經紀人、律師會計事務業、會計專業人員、律師及公證辯護人、博奕業、博奕及有關係人員、特殊娛樂業、宗教組織、宗教專業人員、宗教助理專業人員、民意代表、政府高階主管人員、警察。			
註二：本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。			
註三：國籍、職業/行業如涉及雙重國籍或多重職業/行業者，得複選。			
註四：法人負責人或代表人，原則應與要保書所記載一致。			
註五：要保人多人時，請個別填寫報告書。若被保險人為多人時，以母公司、總機構之資訊及行業為準，自然人填一張為代表。			
一、過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？ <input type="checkbox"/> 是，請說明居住國家(地區) _____ <input type="checkbox"/> 否			
二、要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)？ <input type="checkbox"/> 是，請說明 _____ <input type="checkbox"/> 否			
三、要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於其高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
1. 招攬經過： <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 招攬投保 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
2. 要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選) <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
3. 招攬時，是否向要保人或被保險人確認要保人與被保險人之關係及身分： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如為法人需檢視其經濟部商業司工商登記查詢畫面或營利事業登記證；為自然人需檢視其身分證)			
4. 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，/請說明原因 _____			
5. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險？ <input type="checkbox"/> 是，公司名稱：_____ <input type="checkbox"/> 否			
6. 確認被保險人外觀體況健康，無四肢五官缺損或機能障礙？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請詳述部位及障礙程度：_____			
7. 要保人與被保險人或家中主要經濟來源者之財務狀況：(單位：新臺幣，要保人為法人時免填) (1) 家中主要經濟來源者： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 其他，請說明 _____ (2) 工作年收入及其他收入： <input type="checkbox"/> 25 萬以下 <input type="checkbox"/> 26 萬~50 萬 <input type="checkbox"/> 51 萬~75 萬 <input type="checkbox"/> 76 萬~100 萬 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (3) 財務與資產狀況： <input type="checkbox"/> 25 萬以下 <input type="checkbox"/> 26 萬~50 萬 <input type="checkbox"/> 51 萬~75 萬 <input type="checkbox"/> 76 萬~100 萬 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
8. 是否於招攬時已親晤要、被保險人及法定代理人親自簽名？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
9. 要保人、被保險人是否有疑似洗錢或資助恐怖主義之交易？ <input type="checkbox"/> 是，請說明 _____ <input type="checkbox"/> 否			
10. 招攬人員已向要保人說明如利用對於本保險契約或本公司所提供之服務從事洗錢或資助恐怖主義或其他不法行為，將受有刑責？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
※ 業務員聲明事項 ※ 業務員已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料(含自然人之身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身分之文件等；如為非自然人，則需其之營業執照、其他設立或登記證照等)。 ※ 要保書之被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確經本人當面向要、被保險人說明並核對身分證件，且由要、被保險人親自填寫要保書及簽名無誤。 ※ 本人具有招攬資格，招攬時已評估過要、被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額的相當性，要保人確已瞭解其所繳保費係用以購買保險商品，並於面見要、被保險人後作成本業務員報告書暨保單適合度分析表，如有不實致新光產險受損害時，願負賠償責任，特此聲明。			
單位：_____	業務員親簽：_____	簽署人簽章：_____	
	民國：_____年____月____日	民國：_____年____月____日	

「活力加倍系列六」主方案及附加方案保費簡易對照表
(新台幣：元)



地址：台北市104建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
免費申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999
要保人可透過本公司網站<http://www.skinsurance.com.tw>
或至總公司、分公司及通訊處查閱資訊公開說明文件

職業類別 \ 方案	方案 A	方案 B	方案 C	方案 D	方案 E
一至三類	1,285	2,215	3,272	5,132	629
四類	2,640	4,535	-	-	-
五類	4,075	-	-	-	-
六類	5,224	-	-	-	-

職業類別 \ 方案	方案 A + 實支實付 A	方案 B + 實支實付 B	方案 C + 實支實付 C	方案 D + 實支實付 D	方案 E + 實支實付 E
一至三類	1,745	2,746	3,839	5,743	1,160
四類	3,606	5,653	-	-	-
五類	5,579	-	-	-	-
六類	7,157	-	-	-	-

職業類別 \ 方案	方案 A + 門診定額 A	方案 B + 門診定額 B	方案 C + 門診定額 C	方案 D + 門診定額 D	方案 E + 門診定額 E
一至三類	1,655	2,690	3,810	5,732	1,104
四類	3,417	5,535	-	-	-
五類	5,283	-	-	-	-
六類	6,777	-	-	-	-

職業類別 \ 方案	方案 A + 全年多次保障型 H	方案 B + 全年多次保障型 H	方案 C + 全年多次保障型 H	方案 D + 全年多次保障型 H	方案 E + 全年多次保障型 H
一至三類	2,233	3,163	4,220	6,080	1,577
四類	3,588	5,483	-	-	-
五類	5,023	-	-	-	-
六類	6,172	-	-	-	-

職業類別 \ 方案	方案 A + 實支實付 A + 全年多次保障型 H	方案 B + 實支實付 B + 全年多次保障型 H	方案 C + 實支實付 C + 全年多次保障型 H	方案 D + 實支實付 D + 全年多次保障型 H	方案 E + 實支實付 E + 全年多次保障型 H
一至三類	2,693	3,694	4,787	6,691	2,108
四類	4,554	6,601	-	-	-
五類	6,527	-	-	-	-
六類	8,105	-	-	-	-

職業類別 \ 方案	方案 A + 門診定額 A + 全年多次保障型 H	方案 B + 門診定額 B + 全年多次保障型 H	方案 C + 門診定額 C + 全年多次保障型 H	方案 D + 門診定額 D + 全年多次保障型 H	方案 E + 門診定額 E + 全年多次保障型 H
一至三類	2,603	3,638	4,758	6,680	2,052
四類	4,365	6,483	-	-	-
五類	6,231	-	-	-	-
六類	7,725	-	-	-	-

一、投保時，應先請業務員出示登錄證，並請其詳細告知登錄證上所載授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。

保險業務員管理規則第六條規定：業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、投保時，要保應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知道您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。**三、告知義務：**要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。

1. 保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。」又「要保人隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」前項契約解除權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅，或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。
2. 因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書及體檢表內各項，以及壽險公司指定醫師檢查健康狀況時之詢問事項，都需要實實在在詳詳細細的說明或填寫清楚，不能有過失遺漏，故意隱瞞或告知不實情事。（例如：過去二年內是否曾因傷害或患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？應據實告知）否則保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約（不過保險公司須在知有解除原因後一個月內行使）；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人（或被保險人）能證明保險事故發生原因與未告知事項無關，且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

四、契約的終止

要保人得隨時終止本契約。契約之終止，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。要保人依前項約定終止本契約時，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。被保險人非因約定之意外傷害事故而身故時，本契約效力即行終止；倘終止後有未滿期之保險費者，本公司應按日數比例退還給要保人；本契約終止時，若要保人已身故，則退還未滿期之保險費給主契約身故保險金之受益人。

五、除外責任

被保險人因下列原因致成死亡、失能或傷害時，本公司不負給付保險金的責任。

1. 要保人、被保險人的故意行為。
2. 被保險人犯罪行為。
3. 被保險人飲酒後駕（騎）車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法規定標準者。
4. 戰爭（不論宣戰與否）、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。
5. 因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。

六、不保事項

被保險人從事下列活動，致成死亡、失能或傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付保險金的責任。

1. 被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。
2. 被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。

七、職業或職務變更的通知義務

被保險人變更其職業或職務時，要保人或被保險人應即時以書面通知本公司。

被保險人所變更的職業或職務，依本公司職業分類其危險性減低時，本公司於接到通知後，應自職業或職務變更之日起按其差額比率退還未滿期保險費。

被保險人所變更的職業或職務，依照本公司職業分類其危險性增加時，本公司於接到通知後，自職業或職務變更之日起，按差額比率增收未滿期保險費。但被保險人所變更的職業或職務依照本公司職業分類在拒保範圍內者，本公司於接到通知後得終止契約，並按日計算退還未滿期保險費。

被保險人所變更的職業或職務，依照本公司職業分類其危險性增加，未依約定通知而發生保險事故者，本公司按其原收保險費與應收保險費的比率折算保險金給付。

八、本保險商品受財產保險安定基金之保障。

財產保險安定基金依保險法第一百四十三條之三第一項第三款規定，代保險業墊付要保人、被保險人及受益人依有效契約所得為請求之範圍，限於依保險法第六條設立之財產保險業及外國財產保險業在中華民國境內之總分支機構銷售之保險契約。但不包括分入之再保險業務。

九、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：

- (一) 要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向本公司免費申訴專線0800-005-588或財團法人金融消費評議中心申訴。
- (二) 要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定先向保險業提出申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向財團法人金融消費評議中心申訴評議。
- (三) 如因保險契約爭議涉訟者，依據人身保險各險示範條款之約定，以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所在中華民國境外時，則以雙方約定之地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

附註：本投保人須知僅供參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司（下稱本公司）依個人資料保護法（下稱個資法）第6條第2項、第8條第1項（如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集目的：

- (一) 財產保險（〇九三）。
- (二) 人身保險（〇〇一）。
- (三) 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、蒐集個人資料之類別：

包括但不限於姓名、身分證統一編號（護照號碼或居留證號碼）、出生年月日、住址、聯絡方式（電話號碼、行動電話、電子郵件地址）、病歷、醫療、健康檢查、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）：

- (一) 要保人/被保險人。
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。
- (三) 當事人之法定代理人、輔助人。
- (四) 各醫療院所。
- (五) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、利用之期間、對象、地區及方式：

- (一) 期間：個人資料蒐集特定目的存續期間、提供金融商品或服務契約期間、因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象：

1. 本（分）公司及本公司海外分支機構、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、財團法人住宅地產保險基金、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、中央健康保險局、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。
2. 與本公司簽訂契約之保險代理人/保險經紀人及因辦理財產保險相關業務需要之第三方。
3. 依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。
4. 除法令規定本公司必須進行之通報作業、提供資料予公務機關或上述因本公司營運作業所需合作之關係企業或廠商外，本公司不會在未獲得您的同意下將您的個人資料提供予任何第三方。

(三) 地區：上述對象所在地區。

(四) 方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第3條規定，您就本公司保有您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：以書面或其他日後可供證明之方式。

六、您不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：

若您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、遲延或無法提供您相關服務或給付。

上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-005-588 免付費專線。

新光產物個人責任保險、不便保險保障內容說明書



地址：台北市104建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
 免費申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999
 要保人可透過本公司網站<http://www.skinsurance.com.tw>
 或至總公司、分公司及通訊處查閱資訊公開說明文件

保險項目	給付方式	理賠文件	承保範圍及不保事項
一、個人責任保險 (自負額 2,000)	限額給付	一、理賠申請書。 二、損失清單及費用支出單據。 三、意外事故之相關證明文件。	被保險人於保險期間，對於第三人之體傷、死亡或財物受損，依法應負賠償責任，而受賠償請求時，本公司依本章之相關約定，對被保險人負理賠責任。
二、旅行不便保險			
1、旅行文件重置費用	限額給付	一、理賠申請書。 二、警方報案證明文件或其他之事故證明文件。 三、重置費用單據正本。	被保險人於保險期間內在中華民國境外，因旅行文件遺失，或遭竊盜、搶奪、強盜，本公司對申請重置旅行文件所生之費用，於本保險契約所載之「旅行文件重置費用保險金額」內負給付責任。 旅行文件指護照、簽證、臺胞證或其他用作出入國境或通行之文件。
2、行李延誤補償保險金	定額給付	一、理賠申請書。 二、被保險人實際前往目的地之登機證或航空公司出具之搭機證明。 三、航空公司出具之行李取得或送達收取(簽收)時間證明文件。 四、被保險人已登記通關之託運行李票。 五、航空公司簽發之行李延誤證明單。	被保險人於保險期間內，因航空公司處理不當，造成行李延誤，本公司依本保險契約所約定之保險金額給付「行李延誤補償保險金」。但保險期間內以給付三次為限。 前項「行李延誤」係指如下： 被保險人隨行交運航空公司已登記通關之託運個人行李，於其抵達所乘航班之預定目的地六小時後，仍未送達被保險人之情形。 前項預定目的地為原出發地或居住地者，本公司給付本保險契約所約定保險金額之50%。 被保險人因同一承保事故所致之行李延誤補償及行李損失補償，被保險人僅能擇一請求理賠。 ※不保事項 對於下列事故所致之行李延誤補償保險金，本公司不負給付責任： 一、因被海關或其他政府機關沒收、扣留、檢疫、徵收或銷毀所致者。 二、被保險人留置其行李予航空公司或其代理人。 三、被保險人未向機場或航空公司告知行李延誤並取得相關證明文件者。 四、被保險人非以乘客身分搭乘者。
3、行李損失補償保險金	定額給付	一、理賠申請書。 二、因本保險契約第二十一條第一款所列事故申請理賠者：向當地警察機關報案證明及當地警察機關提列之損失清單。 三、因本保險契約第二十一條第二款所列事故申請理賠者：旅館或公共交通工具業者所開立之事故與損失證明及毀損照片。	被保險人於保險期間內，因下列事故致其個人行李遭受毀損、滅失，本公司依本保險契約所約定之保險金額給付「行李損失補償保險金」。 一、竊盜、強盜與搶奪。 二、因其所住宿之旅館或所搭乘之公共交通工具業者處理失當所致之毀損、滅失。 被保險人因同一承保事故所致之行李損失補償及行李延誤補償，被保險人僅能擇一請求理賠。 ※不保事項 對於下列事故所致之行李損失補償，本公司不負給付責任： 一、生鏽、發霉、變色、自然形成或正常使用之耗損、蟲鼠破壞或固有瑕疵。 二、被保險人自行或使人修理、清潔、變更物品所致之損失。 三、直接或間接因暴動、叛亂、革命或政府對前述事件所採取之阻礙、反抗或防禦行為。 四、擦撞、表面塗料剝落或單純之外觀受損而不影響物品原有之功能者。 五、保險標的物內液體之流失；但該液體流失導致其他保險標的物之毀損滅失者，不在此限。 六、不明原因之遺失。
4、班機延誤慰問保險金(甲型)	定額給付	一、理賠申請書。 二、被保險人實際前往目的地之登機證或航空公司出具之搭機證明。 三、延誤或取消之班機明細(需載明原定行程航班及轉運航班之航班資訊、日期、時間)。 四、航空公司出具之班機延誤相關證明。 五、班機明細之明細(需載明航班資訊、日期、時間)。	被保險人於保險期間內，因班機延誤起飛或抵達造成不便，本公司依本保險契約所約定之保險金額給付「班機延誤慰問保險金(甲型)」。 同一旅程班機延誤起飛或抵達以給付兩次為限且延誤時數不得合併計算，同一班機同時符合延誤起飛及延誤抵達，被保險人僅能擇一請求理賠。 前項班機延誤係指下列情形之一： 一、被保險人已確認之定期班機延誤起飛或抵達四小時以上。 二、被保險人已確認之定期班機被取消。 三、被保險人已確認之定期班機因超額訂位致被保險人被拒絕搭乘。 前述第二款、第三款，被保險人須實際搭乘該定期班機預定起飛四小時後之空中運輸工具前往原定目的地，或搭乘空中運輸工具延誤抵達原定目的地四小時以上。 起飛延誤期間之計算為確認之定期班機預訂起飛之時起，至實際起飛之時止；抵達延誤期間之計算為確認之定期班機預訂抵達之時起，至實際抵達之時止。 ※不保事項 對於下列事故所致之班機延誤，本公司不負理賠責任： 一、因任何政府機關之法律規定或行政命令所致者。 二、向本公司締結本保險契約前，已宣布罷工、暴動、民眾騷擾所致者。 三、被保險人非以乘客身分搭乘者。 四、被保險人未繼續原定行程或其繼續原定行程之時間早於原定行程之時間。
5、班機故障慰問保險金	定額給付	一、理賠申請書。 二、航空公司出具之班機故障證明文件。 三、被保險人實際前往目的地之登機證或航空公司出具之搭機證明。	被保險人於保險期間內，以乘客身分搭乘之班機因受暴風、霜雪、雨霧或洪水等天氣因素、機件故障影響或原定降落機場關閉影響，致改降非原定降落機場者，本公司依本保險契約所約定之保險金額給付「班機故障慰問保險金」。 改降之非原定降落機場，若係中華民國境內之機場，本公司不負前項之給付義務。
6、額外住宿與交通費用	每日限額給付 (最高給付十日)	一、理賠申請書。 二、警方報案證明文件或其他機關證明。 三、旅遊地突發事故證明文件。 四、旅行文件重置費用單據正本。 五、航空公司出具之班機延誤相關證明。 六、延誤或取消之班機明細(需載明原定行程航班及轉運航班之航班資訊、日期、時間)。 七、返回中華民國境內之登機證或航空公司出具之搭機證明。 八、其他運輸工具之搭乘證明。(需載明出發日期及時間)。 九、原定行程住宿及交通費用收據或購買證明。 十、額外產生旅館住宿及交通工具之有效單據正本。	被保險人於保險期間內因下列事由，致實際支付之合理額外住宿費用與交通費用，本公司負給付責任。但每日最高給付金額以不超過本保險契約所載之「額外住宿與旅行費用保險金額」為限，且每次旅程給付日數不得超過十日： 一、旅行文件遺失，或遭竊盜、搶奪、強盜。但因任何政府扣押或沒收充公者除外。 二、檢疫之規定。但被保險人明知或未採取合理之步驟除外。 三、汽車、火車、航空器或輪船等交通意外事故，但因被保險人自行駕駛或與被保險人一同旅行之人員駕駛所致之事故者除外。 四、颱風、暴風、洪水、閃電、雷擊、地震、火山爆發、海嘯、土崩、岩崩、地陷或其它自然災變及不可抗力之天候因素。
7、劫機慰問保險金	每日定額給付 (最高給付十日)	一、理賠申請書。 二、航空公司或其他足以證明劫機之文件。 三、被保險人實際前往目的地之登機證或航空公司出具之搭機證明。	被保險人於保險期間內搭乘飛機遭遇劫機事故時，本公司依其受劫持期間之日數按日給付「劫機慰問保險金」；未滿一日者以一日計算。但每次劫機事故之給付日數不得超過十日，其保險金額如保險契約之記載。 前項所稱「劫機事故」係指被保險人搭乘之飛機遭遇非由合法政府或司法機關控制指揮之個人或團體，以強暴、脅迫或其他非法方式劫持使用中之飛機或控制該飛機之正常飛航或限制機上乘客之行動者。