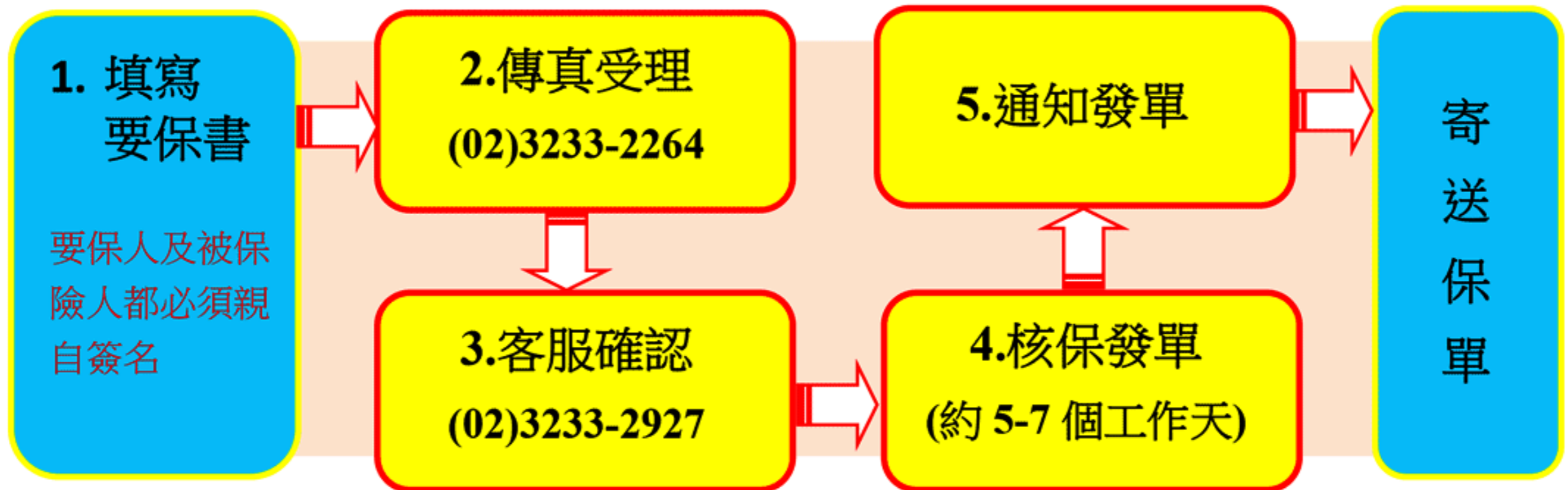




## 輕鬆保 738 旅遊平安險投保流程及注意事項



<b>1. 填要保書</b>	要保人及被保險人必須親自簽名，否則保險契約會無效。 要保人須年滿 20 足歲。
----------------	--

- (1) 被保險人未滿七歲可由監護人(通常是父或母)代簽其名；七歲以上須親自簽名。  
 (2) 以現金繳交保險費請先匯款至保險公司後，連同要保書並附上收據影本才能受理。

美商安達	南山產物	富邦產物
<b>【銀行】</b> 013 國泰世華銀行世貿分行 <b>【帳號】</b> 065-03-001696-8 <b>【戶名】</b> 美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司	<b>【銀行】</b> 007 第一銀行建成分行 <b>【帳號】</b> 121-10-100252 <b>【戶名】</b> 南山產物保險股份有限公司	<b>【銀行】</b> 012 台北富邦銀行仁愛分行 <b>【帳號】</b> 704102-600280 <b>【戶名】</b> 富邦產物保險股份有限公司

<b>2. 傳真受理</b>	傳真電話：(02)3233-2264 客服 Email: teresa@jawjenn.com.tw 郵寄地址：新北市永和區竹林路 222 號 4 樓
----------------	--

- (1) 您可選擇以傳真或郵寄方式報備投保。  
 (2) 您也可以掃描後以電子郵件方式報備投保，但請務必掃描清晰足以列印。

<b>3. 客服確認</b>	客服電話：(02)3233-2927 分機 105 張小姐 客服時間：週一~週五 09:00~18:00
----------------	---

- (1) 在我們收到您的傳真或郵件報備投保後，客服人員會以電話向您確認投保資料。  
 (2) 如果您在傳真或郵寄後一直沒接到我們的確認電話，請主動來電詢問。  
 (3) 保單生效日經客服確認而且通過核保後，以核保通過要保書上指定的日期與起保時間為準。

<b>4. 核保發單</b>	保險就要輕鬆保，服務也要輕鬆保。 網址： <a href="http://www.738.com.tw/Travel/">http://www.738.com.tw/Travel/</a>
----------------	---

- (1) 從核保到發單約需 5-7 個工作天，實際依各家保險公司核保作業速度為準。  
 (2) 後續相關保險服務(地址變更、理賠、變更受益人等)請聯絡我們的客服中心。





兆豐產物保險股份有限公司  
Chung Kuo Insurance Company, Limited

兆豐產物保險股份有限公司  
兆豐產物旅行平安保險（標準型）要保書

兆鎮保經/輕鬆保738客服  
電話(02)3233-2927 傳真(02)3233-2264

※ 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，或親蒞本公司(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。  
 ※ 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。 103年8月1日兆產健11510304981號函送保險商品資料庫107年9月12日依107年7月18日金管保壽字第10704938160號函及107年8月3日金管保壽字第10704544571號令修正

要保人	姓名	聯絡電話	身分證統一編號	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出生年月日	年齡	與被保險人關係	國籍	
	住所(通訊)地址				
被保險人 <input type="checkbox"/> 同要保人	姓名	等，合計 人	身分證統一編號	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出生年月日	年齡	服務單位	職稱	
	住所(通訊)地址	國籍	聯絡電話		
受益人	身故或喪葬費用保險金受益人		與被保險人之關係：		
	身分證統一編號	出生年月日	國籍		
	聯絡地址	聯絡電話			
失能保險金及傷害醫療保險金受益人為被保險人本人，不受理另行指定或變更。					
是否同時或已有投保其他旅行平安保險？ <input type="checkbox"/> 是，保險公司_____，保險金額：新台幣_____萬元， <input type="checkbox"/> 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）： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否，如勾選是者，請提供相關證明文件。					
保險項目	承保內容		保險金額(NT\$)	保險費(NT\$)	總保險費(NT\$)
	身故或喪葬費用／失能保險金(主保險契約，AD&D) *保險始期日被保險人未滿15足歲者，僅給付失能保險金。		萬元	元	元
	傷害醫療保險給付附加條款	<input type="checkbox"/> 實支實付型(甲型)	主保險契約保險金額之10%	元	
		<input type="checkbox"/> 實支實付型(甲型)	萬元	元	
<input type="checkbox"/> 住院日額型(乙型)		元	元		
傷害醫療保險給付附加條款得就甲型或乙型擇一投保，不得單獨購買，未勾選者視同不附加。					
<input checked="" type="checkbox"/> 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。					
旅程	啟程地：_____ 經過地：_____ 目的地：_____				
保險期間	自民國_____年_____月_____日_____時起計_____日				
交通工具	<input type="checkbox"/> 飛機 <input type="checkbox"/> 客輪 <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_____		
<b>【聲明事項】</b> 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。					
※要保人於填寫要保書時 <input type="checkbox"/> 已審閱 <input type="checkbox"/> 未審閱 兆豐產物保險公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「投保人須知」及「履行個人資料保護法第八條第一項告知義務內容」。					
※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。					
要保人簽名：_____		被保險人簽名：_____		法定代理人簽名：_____	
要保日期：民國_____年_____月_____日		(要/被保險人未滿20歲者需由法定代理人簽名)			

下列欄位由保險公司填寫

主管核定	核保	經辦	業務員簽名	財產保險業務員 登錄字號	業務員連絡電話	保代/保經簽署章



兆豐產物旅行平安保險（標準型）被保險人名冊

幣別：新台幣元

被保險人		身故受益人				保險項目			保險費	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險(請勾選)	法定代理人簽名	
姓名 (親自簽章)	出生 年月日	身分證 統一編號	身故受益人 姓名	身分證 統一編號	與被 保險 人關 係	聯絡地址/聯絡電話	身故或喪葬費用/ 失能保險金額(註)	傷害醫療保險給付附加條款				
		國籍	出生年月日	國籍				實支實付型 (甲型)	住院日額型 (乙型)			
							萬元	萬元	元	元	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否	
							萬元	萬元	元	元	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否	
							萬元	萬元	元	元	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否	
							萬元	萬元	元	元	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否	
							萬元	萬元	元	元	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否	
							萬元	萬元	元	元	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否	
							萬元	萬元	元	元	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否	
							萬元	萬元	元	元	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否	
							萬元	萬元	元	元	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否	
							萬元	萬元	元	元	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否	
							萬元	萬元	元	元	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否	

註：保險始期日被保險人未滿 15 足歲者，僅給付失能保險金。

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。

合計 \_\_\_\_\_ 人 總保險費 \_\_\_\_\_ 元



