

南山產物旅行平安保險要保書

總公司：台北市中正區忠孝西路一段6號18樓
電話：02-2316-1188

95.11.17(95)央保商企字第117號函備查
105.09.01 南山保字第1050000004號函送保險商品資料庫

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

一、 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：_____年_____月_____日 性別：男 女
電話：_____ E-mail：_____ 若為大陸地區人民，請打勾：
住 所：

二、 保險期間：自民國_____年_____月_____日_____時起至民國_____年_____月_____日_____時止，共_____日

三、 旅行地點：_____ 交通工具：飛機，航班：_____ 客輪 遊覽車 其他_____

四、 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

五、 保險項目：
 1. 旅行平安保險 2. 傷害醫療保險給付附加條款：實支實付型 住院日額型

六、 被保險人資料、保險金額：

被保險人姓名	出生年月日 性別	身分證號碼 (護照號碼)	住所	與要保人關係	身故保險金 受益人 與被保險人 關係	保 險 金 額				被保險人簽名
						旅行平安保險 身故保險金	殘廢保險金	傷害醫療 實支實付	傷害醫療 住院日額	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	萬	元	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	萬	元	

身故保險金受益人之聯絡地址：_____ 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。

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殘廢，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。

其餘被保險人資料詳被保險人名冊 繳費別及保險費：一次交付，合計_____元

※ 聲明事項：

- 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。
- 本人(被保險人、要保人)同意南山產物將本要保書上之本人資料轉送產、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。
- 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。
- 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。

※ 本人已審閱並知悉南山產物所提供與說明有關本保險商品重要內容及風險之投保須知。

要保人簽名：_____ **【本要保書內容關係保戶權益，敬請保戶親自填寫並簽章。】** 日期：_____

業務員簽名：	業務員登錄字號：	通訊處：	手機：
		通訊處電話：	編號：

核 保	覆 核	輸 入 / 出 單	受 理	收 費

南山產物旅行平安保險 被保險人名冊

被保險人姓名	出生年月日	身分證號碼 (護照號碼)	住所	與要保人關係	身故保險金 受益人 與被保險人關係	保險金額				保險費	被保險人 簽名
	性別					旅行平安保險		傷害醫療	傷害醫療		
						身故保險金	殘廢保險金	實支實付型	住院日額型		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	萬	元	元	
身故保險金受益人之聯絡地址： ※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。						電話： <input type="checkbox"/> 不同意填寫聯絡方式					
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	萬	元	元	
身故保險金受益人之聯絡地址： ※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。						電話： <input type="checkbox"/> 不同意填寫聯絡方式					
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	萬	元	元	
身故保險金受益人之聯絡地址： ※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。						電話： <input type="checkbox"/> 不同意填寫聯絡方式					
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	萬	元	元	
身故保險金受益人之聯絡地址： ※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。						電話： <input type="checkbox"/> 不同意填寫聯絡方式					
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	萬	元	元	
身故保險金受益人之聯絡地址： ※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。						電話： <input type="checkbox"/> 不同意填寫聯絡方式					
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					萬	萬	萬	元	元	
身故保險金受益人之聯絡地址： ※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。						電話： <input type="checkbox"/> 不同意填寫聯絡方式					
保險費總計：										元	



信用卡繳費簽帳單

日期: 年 月 日

信用卡種類: [] VISA CARD [] MASTER CARD [] JCB CARD [] AE 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 [] 其他: 保單關係人之 [] 配偶 [] 父母 [] 子女

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)

簽帳日期: 年 月 日

保 險 費

Table with columns for insurance fee (十, 萬, 千, 百, 十, 元) and rows for policy numbers and total amount.

業務員姓名: 業務員代號 電話::

- 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... 2. 本項交易經聯合信用卡處理中心核准後... 3. 本項交易若未獲聯合信用卡處理中心核准... 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。

個人資料告知事項

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)、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、聯絡方式,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、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。(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。