

# 明台產物因公赴國外出差人員綜合保險要保書

※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。※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。免費申訴電話：0800-099-080

※資訊公開聲明：本公司為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益，有關本公司資訊公開說明事項，請至本公司網址 (<http://www.msig-mingtai.com.tw>) 查閱。  
※本公司保密措施：對於您的個人資料，我們有嚴格的保密措施，以維護您的隱私權。有關本公司保密措施詳細內容歡迎至本公司網址 (<http://www.msig-mingtai.com.tw>) 查閱。

此致  
明台產物保險股份有限公司  
保險單號碼：\_\_\_\_\_

要保性質：公務出差、陪同訪團    主責單位：\_\_\_\_\_    聯絡人：\_\_\_\_\_

赴任、調任、調部    統一編號：\_\_\_\_\_    電話：\_\_\_\_\_

返國述職    地 址：\_\_\_\_\_

被保險人簽名 身分證字號/ 或護照號	雙法定代理人簽名(未滿20足歲,需父母親雙方或法定代理人簽名)	出生年月日	身份		出差國外地點	是否要保 兵災保險	保險期間臺灣地區標準時間	保險金額 (新臺幣)		保險費	受益人	
			員工	眷屬				一般方案	申根方案		姓名	與被保險人之關係
						是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	要保 個月 天 年 月 日 零時起 年 月 日 24 時止	<input type="checkbox"/> 肆佰萬元 <input type="checkbox"/> 貳佰萬元	<input type="checkbox"/> 肆佰萬元 <input type="checkbox"/> 貳佰萬元			姓名 與被保險人之關係
						是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	要保 個月 天 年 月 日 零時起 年 月 日 24 時止	<input type="checkbox"/> 肆佰萬元 <input type="checkbox"/> 貳佰萬元	<input type="checkbox"/> 肆佰萬元 <input type="checkbox"/> 貳佰萬元			地址 電話
						是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	要保 個月 天 年 月 日 零時起 年 月 日 24 時止	<input type="checkbox"/> 肆佰萬元 <input type="checkbox"/> 貳佰萬元	<input type="checkbox"/> 肆佰萬元 <input type="checkbox"/> 貳佰萬元			姓名 與被保險人之關係
						是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	要保 個月 天 年 月 日 零時起 年 月 日 24 時止	<input type="checkbox"/> 肆佰萬元 <input type="checkbox"/> 貳佰萬元	<input type="checkbox"/> 肆佰萬元 <input type="checkbox"/> 貳佰萬元			地址 電話
						是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	要保 個月 天 年 月 日 零時起 年 月 日 24 時止	<input type="checkbox"/> 肆佰萬元 <input type="checkbox"/> 貳佰萬元	<input type="checkbox"/> 肆佰萬元 <input type="checkbox"/> 貳佰萬元			姓名 與被保險人之關係
						是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	要保 個月 天 年 月 日 零時起 年 月 日 24 時止	<input type="checkbox"/> 肆佰萬元 <input type="checkbox"/> 貳佰萬元	<input type="checkbox"/> 肆佰萬元 <input type="checkbox"/> 貳佰萬元			地址 電話

※本人已知悉並明瞭「傷害險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」(92.12.29 財政部台財保第 0920073327 號函核准、99.3.22 明銷管字第 990180 號函簡易備查) 條款之內容與約定。

※本人(被保險人、要保人)已確認基本資料、告知事項及聲明事項之內容。

※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，做為日後身故保險金受益人之通知依據。

聲明事項：

- 本人(被保險人)同意明台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。
- 本人(被保險人、要保人)同意明台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。
- 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。
- 本人(被保險人、要保人)同意明台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。

核保： 輸入： 業務員簽名/代號： 業務員登錄字號：

送件單位章戳：

申請日期：中華民國 年 月 日