

方案	A 型 (限國內-友聯產物)				B 型 (限國內-友聯產物)				C 型 (限國外-友聯產物)				D 型 (限國外-富邦產險)				
承保項目	◆傷害險 ◆傷害醫療(5%) ◆食品中毒慰問金保險				◆傷害險 ◆食品中毒慰問金保險				◆傷害險 ◆傷害醫療 ◆旅行責任保險(10%) ◆重大燒燙傷(25%) ◆食品中毒慰問金保險 ◆旅行不便險 ◆海外突發疾病 ◆海外緊急救援 ※法定傳染病除外 ※搭乘廉價航空者暫不承保C型,請投保D型。				◆傷害險 ◆傷害醫療 ◆個人責任保險(自負額2500元) ◆旅行不便險 ◆海外突發疾病 ◆海外緊急救援 ※法定傳染病除外				
傷害險(萬)	100	200	300	500	100	200	300	500	200	300	500	1000	200	300	500	1000	
傷害醫療(萬)	5	10	15	25	-	-	-	-	20	30	50	50	20	30	50	60	
突發疾病(萬)	-	-	-	-	-	-	-	-	20	30	50	50	20	30	50	60	
天數	1	36	71	106	176	31	62	93	154	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	39	77	116	192	34	68	101	168	227	301	446	626	272	347	494	725
	3	42	83	126	208	37	73	110	182	248	328	486	679	292	375	533	785
	4	54	109	163	271	47	95	142	237	311	415	619	869	349	455	661	982
	5	66	134	200	334	57	117	174	291	373	500	752	1,060	409	538	793	1,185
	6	72	145	216	360	62	126	188	314	404	540	812	1,144	437	574	851	1,272
	7	77	156	232	385	67	135	202	336	433	579	871	1,227	468	615	913	1,361
	8	81	164	244	403	71	142	212	352	454	606	909	1,275	487	641	951	1,412
	9	85	172	256	421	75	149	222	367	475	634	948	1,323	509	670	990	1,465
	10	89	180	268	439	79	156	232	383	496	661	988	1,372	529	697	1,028	1,516
	11	94	188	280	457	82	163	242	398	517	689	1,027	1,421	547	722	1,064	1,566
	12	98	196	291	475	86	169	252	414	539	716	1,066	1,469	571	752	1,107	1,619
	13	102	204	303	493	90	176	263	429	559	744	1,104	1,517	592	780	1,144	1,672

→其他天數費率請來電洽詢!

**方案說明**

- A、B、C 型為旺旺友聯產物承保
- D 型為富邦產險承保
- A、B 型投保限制：  
國內旅遊-保額上限為 500 萬  
離島旅遊-保額上限為 300 萬

**投保規定**

保險年齡	可投保保額
15~19 歲	500 萬
20~65 歲	1000 萬
66~74 歲	500 萬
75~79 歲	300 萬

※未滿 15 歲者費率請另洽

**投保流程：**

- 填寫『旅行險被保險人名冊』
- 傳真：02-22316204 或  
MAIL：pro.ins@msa.hinet.net
- 寶祥受理回覆(依指定傳送方式)
- 保戶確認無誤依下列繳費方式繳費

註：本收據不得作為個人綜合所得稅列舉扣除之用。

112.05.02

旅行平安保險 被保險人名冊							
要保人 (公司請註明抬頭)	要保人身分證字號 (公司請註明統一編號)			出生日期			
團體件之聯絡人	要保人手機號碼			要保人電話			
要保人通訊地址	□□□□□□						
旅遊期間	____年____月____日____時(0-24)起共計____天(24小時為一天)			旅遊地點			
航班資訊	出發航班		轉接班機		回程航班		
保單傳送方式：(若至歐洲自助旅遊者,建議出發前 5 天索取歐洲申根保險辦理投保)							
E-MAIL：_____							
*使用何種繳費方式： <input type="checkbox"/> 信用卡繳費：請填下列“信用卡授權書”《需依授權人規定,方可刷卡》 <input type="checkbox"/> 投保後寶祥提供繳費單(超商繳費、ATM...等)						*加保本保險請於出發(生效)時間的 24 小時(不含例假日)前完成；出發(生效)時間如在例假日，請提前辦理。	
被保險人姓名	身分證字號	出生日期	身故受益人/身分證字號	關係	方案/保額	保險費(元)	
					型	萬	
					型	萬	
					型	萬	
					型	萬	
					型	萬	
保險費合計						元整	

**信用卡授權書**

**保單號碼：**

信用卡付款授權約定條款:本人授權保險公司及財團法人聯信中心主要會員銀行,由本人之會員銀行信用卡帳戶扣除保費。

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 持卡人姓名：\_\_\_\_\_ 持卡人身分證字號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

發卡銀行：\_\_\_\_\_ 卡號：\_\_\_\_\_ — — — 授權保費：\_\_\_\_\_ 元

有效期間：\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年(西元) 持卡人簽名：\_\_\_\_\_ (與信用卡同) 簽單日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

持卡人與被保險人關係(請擇一勾選)：(選擇 2~3 者，須檢附關係證明)

1. 授權人為 被保險人 要保人

2. 授權人為 被保險人 要保人之以下關係 配偶 父母 子女 兄弟姐妹  (外)祖父母  (外)孫子女

3. 被保險人或要保人為法人，授權人為法人之以下關係 負責人 員工