

方案	方案一 (限國內-友聯產物)				方案二 (限國內-友聯產物)				方案三 (限國外-友聯產物)				
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				
傷害險(萬)	100	200	300	500	100	200	300	500	200	300	500	1000	
傷害醫療(萬)	5	10	15	25	-	-	-	-	20	30	50	50	
突發疾病(萬)	-	-	-	-	-	-	-	-	20	30	50	50	
天數	1	36	72	107	179	32	63	94	156	-	-	-	-
	2	40	78	117	196	35	69	103	171	216	313	460	643
	3	43	85	128	212	38	74	112	185	237	341	501	697
	4	55	110	166	275	48	97	145	241	298	430	636	891
	5	67	137	204	340	58	119	177	296	360	517	772	1,084
	6	73	147	220	366	63	128	191	319	390	558	833	1,170
	7	78	158	236	391	68	138	205	342	419	598	894	1,255
	8	83	166	248	409	72	145	215	357	439	626	933	1,305
	9	87	175	260	428	76	152	226	373	458	656	973	1,354
	10	91	183	272	446	80	158	236	389	476	684	1,014	1,404
	11	95	191	284	465	84	165	246	405	495	713	1,054	1,455
	12	99	199	296	483	87	172	257	421	515	741	1,095	1,504
	13	103	207	308	502	91	179	267	437	533	770	1,133	1,554

→其他天數費率請來電洽詢!

**投保規定**

保險年齡	可投保保額
15~65 歲	1000 萬
66~80 歲	500 萬
81~90 歲	200 萬
91~100 歲	100 萬 (不含醫療)
外籍人士 (15~70 歲)	500 萬
外籍人士 (71~80 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。

113.07.01

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 7 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)
						萬	
						萬	
						萬	
						萬	
						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

規劃服務 / 寶祥保險經紀人 股份有限公司

電話 / (02)2231-6319 傳真 / (02)2231-6204  
email: pro.ins@msa.hinet.net