

## 宏泰人壽保險股份有限公司 新契約報備專用函

網路報備：[www.hontai.com.tw](http://www.hontai.com.tw) (方便、正確又快速,請多利用)

電話：0809-005-899

傳真：總公司：02-2716-6833

台中分公司：04-2708-2101

高雄分公司：07-215-1059

帳號：acct@hontai.com.tw

旅平險傳真專線 02-27166863

收費時間：	年 月 日	時 分	保單號碼：
報備時間：	年 月 日	時 分	報備地點：
要保人姓名：	被保險人姓名：		被保險人身份證字號：

<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/>壽險保額：_____萬  <input type="checkbox"/>重大疾病終身附約 (NDP)：_____萬  <input type="checkbox"/>醫療險計畫：NHS-_____單位、HI-_____單位                          WHA-_____計畫                          HCA-_____計畫  <input type="checkbox"/>意外險保額 (IPA、MIPA、RPA)：_____萬  <input type="checkbox"/>每次傷害醫療保險金限額 (MR)：_____萬  <input type="checkbox"/>傷害醫療保險金日額 (AHI)：_____計劃                 </td> <td style="width: 70%; vertical-align: middle; text-align: center;">                     旅行平安險                 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 壽險保額：_____萬 <input type="checkbox"/> 重大疾病終身附約 (NDP)：_____萬 <input type="checkbox"/> 醫療險計畫：NHS-_____單位、HI-_____單位 WHA-_____計畫 HCA-_____計畫 <input type="checkbox"/> 意外險保額 (IPA、MIPA、RPA)：_____萬 <input type="checkbox"/> 每次傷害醫療保險金限額 (MR)：_____萬 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金日額 (AHI)：_____計劃	旅行平安險	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/>個人      <input type="checkbox"/>團體 (五人以上)                      被保險人人數_____人   <input type="checkbox"/>旅行平安險 (總) 保額：_____萬  <input type="checkbox"/>傷害醫療保險金總保額(TMR)：_____萬  <input type="checkbox"/>海外突發疾病健康保險金總保額(OHS)：_____萬  <input type="checkbox"/>生效日期：自____年__月__日                                        ____時__分起共計____天                 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 團體 (五人以上) 被保險人人數_____人  <input type="checkbox"/> 旅行平安險 (總) 保額：_____萬 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金總保額(TMR)：_____萬 <input type="checkbox"/> 海外突發疾病健康保險金總保額(OHS)：_____萬 <input type="checkbox"/> 生效日期：自____年__月__日 ____時__分起共計____天
<input type="checkbox"/> 壽險保額：_____萬 <input type="checkbox"/> 重大疾病終身附約 (NDP)：_____萬 <input type="checkbox"/> 醫療險計畫：NHS-_____單位、HI-_____單位 WHA-_____計畫 HCA-_____計畫 <input type="checkbox"/> 意外險保額 (IPA、MIPA、RPA)：_____萬 <input type="checkbox"/> 每次傷害醫療保險金限額 (MR)：_____萬 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金日額 (AHI)：_____計劃	旅行平安險			
<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 團體 (五人以上) 被保險人人數_____人  <input type="checkbox"/> 旅行平安險 (總) 保額：_____萬 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金總保額(TMR)：_____萬 <input type="checkbox"/> 海外突發疾病健康保險金總保額(OHS)：_____萬 <input type="checkbox"/> 生效日期：自____年__月__日 ____時__分起共計____天				

保險費內容：新台幣_____元正	送金單號碼：
繳費內容： <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 信用卡	金額：新台幣_____元正
支票號碼：_____	行庫名稱：_____ 帳號：_____ 到期日：_____

本報備函內容確實與要保書投保內容相符，並由要保人/被保險人/法定代理人親自簽名或蓋手印且本人(招攬人)已覆閱並符合本公司投保規則，本契約保險費確實由 要保人 被保險人 交付無誤，謹此報備。

業務代表姓名：\_\_\_\_\_ 登錄字號：\_\_\_\_\_

業務單位名稱：\_\_\_\_\_ 記錄員簽名：\_\_\_\_\_ **2014-09-01**

## 宏泰人壽保險股份有限公司 新契約報備專用函

網路報備：[www.hontai.com.tw](http://www.hontai.com.tw) (方便、正確又快速,請多利用)

電話：0809-005-899

傳真：總公司：02-2716-6833

台中分公司：04-2708-2101

高雄分公司：07-215-1059

帳號：acct@hontai.com.tw

旅平險傳真專線 02-27166863

收費時間：	年 月 日	時 分	保單號碼：
報備時間：	年 月 日	時 分	報備地點：
要保人姓名：	被保險人姓名：		被保險人身份證字號：

<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/>壽險保額：_____萬  <input type="checkbox"/>重大疾病終身附約 (NDP)：_____萬  <input type="checkbox"/>醫療險計畫：NHS-_____單位、HI-_____單位                          WHA-_____計畫                          HCA-_____計畫  <input type="checkbox"/>意外險保額 (IPA、MIPA、RPA)：_____萬  <input type="checkbox"/>每次傷害醫療保險金限額 (MR)：_____萬  <input type="checkbox"/>傷害醫療保險金日額 (AHI)：_____計劃                 </td> <td style="width: 70%; vertical-align: middle; text-align: center;">                     旅行平安險                 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 壽險保額：_____萬 <input type="checkbox"/> 重大疾病終身附約 (NDP)：_____萬 <input type="checkbox"/> 醫療險計畫：NHS-_____單位、HI-_____單位 WHA-_____計畫 HCA-_____計畫 <input type="checkbox"/> 意外險保額 (IPA、MIPA、RPA)：_____萬 <input type="checkbox"/> 每次傷害醫療保險金限額 (MR)：_____萬 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金日額 (AHI)：_____計劃	旅行平安險	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/>個人      <input type="checkbox"/>團體 (五人以上)                      被保險人人數_____人   <input type="checkbox"/>旅行平安險 (總) 保額：_____萬  <input type="checkbox"/>傷害醫療保險金總保額(TMR)：_____萬  <input type="checkbox"/>海外突發疾病健康保險金總保額(OHS)：_____萬  <input type="checkbox"/>生效日期：自____年__月__日                                        ____時__分起共計____天                 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 團體 (五人以上) 被保險人人數_____人  <input type="checkbox"/> 旅行平安險 (總) 保額：_____萬 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金總保額(TMR)：_____萬 <input type="checkbox"/> 海外突發疾病健康保險金總保額(OHS)：_____萬 <input type="checkbox"/> 生效日期：自____年__月__日 ____時__分起共計____天
<input type="checkbox"/> 壽險保額：_____萬 <input type="checkbox"/> 重大疾病終身附約 (NDP)：_____萬 <input type="checkbox"/> 醫療險計畫：NHS-_____單位、HI-_____單位 WHA-_____計畫 HCA-_____計畫 <input type="checkbox"/> 意外險保額 (IPA、MIPA、RPA)：_____萬 <input type="checkbox"/> 每次傷害醫療保險金限額 (MR)：_____萬 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金日額 (AHI)：_____計劃	旅行平安險			
<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 團體 (五人以上) 被保險人人數_____人  <input type="checkbox"/> 旅行平安險 (總) 保額：_____萬 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金總保額(TMR)：_____萬 <input type="checkbox"/> 海外突發疾病健康保險金總保額(OHS)：_____萬 <input type="checkbox"/> 生效日期：自____年__月__日 ____時__分起共計____天				

保險費內容：新台幣_____元正	送金單號碼：
繳費內容： <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 信用卡	金額：新台幣_____元正
支票號碼：_____	行庫名稱：_____ 帳號：_____ 到期日：_____

本報備函內容確實與要保書投保內容相符，並由要保人/被保險人/法定代理人親自簽名或蓋手印且本人(招攬人)已覆閱並符合本公司投保規則，本契約保險費確實由 要保人 被保險人 交付無誤，謹此報備。

業務代表姓名：\_\_\_\_\_ 登錄字號：\_\_\_\_\_

業務單位名稱：\_\_\_\_\_ 記錄員簽名：\_\_\_\_\_ **2014-09-01**