

国际旅行保险捷悦计划投保单

Budget – International Travel Insurance Application Form

投保人资料

投保人姓名： (注：若被保险人未成年，则投保人必须为其父母或监护人)	联系电话： 传真：
通讯地址：	邮箱：

被保险人及受益人资料 (若未填写受益份额，身故保险金受益人按照相等份额享有身故保险金；如为空白，则该保险金将作为被保险人之遗产)

被保险人资料	姓名				受益人资料	受益人	
	出生日期					姓名	
	护照/身份证号					份额	
	国内联系地址					与投保人关系	
	手机号码					电话	

被保险人资料	姓名				受益人资料	受益人	
	出生日期					姓名	
	护照/身份证号					份额	
	国内联系地址					与投保人关系	
	手机号码					电话	

投保行程计划及保费

行程计划	目的地	开始日期: 年 月 日	结束日期: 年 月 日	保险期: 共 日	保 费	保险期限	保险费 (人民币) (勾选)	保险期限	保险费 (人民币) (勾选)
						1---7天	<input type="checkbox"/> 115	25---30天	<input type="checkbox"/> 510
						8---10天	<input type="checkbox"/> 155	31---45天	<input type="checkbox"/> 705
						11---14天	<input type="checkbox"/> 195	46---60天	<input type="checkbox"/> 810
						15---21天	<input type="checkbox"/> 305	61---75天	<input type="checkbox"/> 955
						22---24天	<input type="checkbox"/> 415	76---90天	<input type="checkbox"/> 1,030

注:首尾两日包括在行程内; 保险期间内保障单程或多程旅行, 每次承保旅行最长期为90天

保障计划

保险项目	基本保障	各被保险人保额 (人民币)
保障一: 意外身故、残疾及三度烧伤	意外身故、烧伤及残疾保险金(18周岁(含)以上且75周岁以下) 意外身故、烧伤及残疾保险金(18周岁以下或75周岁(含)以上)	500,000 元 250,000 元
保障二: 海外急诊、医疗、住院或牙科费用	医疗费用补偿	500,000 元
保障三: 海外紧急医疗救助、医疗转运和送返(或丧葬费)	紧急医疗运送及送返	无限额
	身故遗体送返(在国外丧葬费用以30,000元为限)	无限额
	附加医疗协助服务	包含
保障十: 个人责任	境外个人责任	1,000,000 元
保障十一: 旅行援助服务	24小时旅行咨询热线服务/24小时礼宾热线服务	包含

特别提示

- 蒙迪尔国际救援集团提供24小时救援热线服务和24小时礼宾热线服务
- 自动顺延(由于死亡, 身体伤害, 疾病, 或公共交通延误, 保障自动顺延至行程结束)
- 保障地域范围为除中国大陆以外所有国家和地区, 以及条款批注外除外地区及其它处于战争状态或已被宣布为紧急状态的地区。
- 无年龄限制
- 被保险人须于中国区域内有固定工作或永久住址, 港澳台及外籍人士必须提供有效的中国工作证明和护照, 当年在中国居住6个月以上, 且旅行的起点和终点都为中国
- 若被保险人为同一旅行自愿投保由本公司承保的多种综合保障, 且在不同保障产品中有相同保险利益的, 则本保险公司仅按其最高者做出赔偿
- 未满18周岁的未成年人的“意外身故、烧伤及残疾保障”的保险金额为在北京、上海、广州及深圳地区的为10万元, 其他地区的为5万元
- 投保人需在出发前投保并交付保费以保证计划生效。
- 因任何原因而取消或改变旅行计划, 必须在保险合同生效前以书面形式通知到本保险公司, 否则本保险公司将不予受理

投保人/被保险人声明:

- 本人兹申请并声明以上陈述及各项细节真实无误, 且本投保单将会构成投保人与安联保险公司广州分公司(以下简称“贵公司”)所签署的保险合同的依据。本人同意贵公司承担保险责任须经投保人一次缴付本合同的全部保费并经贵公司同意承保为前提。
- 本人现获悉及保证: 被保险人绝不会违反医生的劝告及旅行目的不在于治疗疾病, 被保险人现在身体健康并无任何不适宜旅行的精神状况, 且对任何可能导致旅行取消或中断的状况并不知晓。
- 本人明白: 任何年龄在18岁以下的被保险人, 如果其以死亡为给付责任的保险金额(包括在所有商业保险公司所购买的保险)超出中国保监会所规定的限额(北京、上海、广州及深圳地区为100,000元; 其它地区为50,000元), 那么超出限额部分的保险责任无效; 贵公司不承担任何超出部分的赔偿金额。
- 本人同意贵公司为承保的目的收集本人的个人资料(该资料不论是从本投保单上或其他地方所获取)并授权可由贵公司或任何与贵公司有关的机构或其他人士(不论在中国或海外地方)持有、转告, 及用于处理及审核此投保单或其他保险事宜, 提供与该保险有关之服务, 及与本人联络的用途。
- 本人已认真阅读并了解了保险合同条款, 特别是免责条款, 并知晓所有保险责任均以保险合同所载为准, 除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外, 其他任何人的口头及书面陈述、报告或合约, 贵公司无需负责

为了维护您的利益, 请勿在空白投保单上签名, 投保人/被保险人需详细填写投保单上所列资料, 并亲笔签名确认。

投保人/被保险人签名:	签署日期:
-------------	-------



北京蒙迪尔旅行援助服务有限公司广州分公司

地址: 广州市越秀区中山六路2号新宝利大厦1101室 热线: 800-830-3739

电话: +86 20 83266646 传真: 020-83266780 电子邮件: travelsales@mondial-assistance.com.cn

系统保单号: _____ 出单经办人: _____ 保费确认: _____