

美亚“畅游神州”境内旅游保障计划

投保人姓名： (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：
身份证/护照号码：	出生日期： 年 月 日	传真号码：
通讯地址：		邮政编码：

被保险人姓名	身份证/护照号码	出生日期	与投保人关系	保险费(人民币：元)
主被保险人：			本人/ _____	
次被保险人：	1.		_____	
	2.		_____	
	3.		_____	

身故保险金受益人 (若身故受益人资料空白，身故保险金将作为被保险人之遗产；若未填写受益份额，身故保险金受益人将按照相等份额享有身故保险金)

被保险人姓名	身故保险金受益人姓名	受益份额(%)	与被保险人关系

总保险费预计(人民币：元) _____

投保计划：

<input type="checkbox"/> 单次旅游保障计划 旅游目的地：	旅行开始日期： 年 月 日	旅行结束日期： 年 月 日	期望保险期间：共 日 (首尾两日包括在内)
<input type="checkbox"/> 全年旅游保障计划	保险生效日： 年 月 日	保险满期日： 年 月 日	每次旅行的保障期限最高为 30 天

保险计划 (请选择以下保险计划)

保障项目	各被保险人的保险金额(人民币:元)		
	□ 计划一	□ 计划二	□ 计划三
意外身故、烧伤及残疾保障	100,000	150,000	300,000
意外医药补偿	50,000	50,000	50,000
医疗运送和送返	100,000	100,000	100,000
身故遗体送返 (其中丧葬保险金以 RMB 16,000 为限)	20,000	20,000	20,000
旅程延误 (每 5 小时延误赔偿额:RMB300)	600	600	600
每日住院现金津贴 (总赔偿日数 以 90 天为限)	50/天	50/天	50/天
个人责任	80,000	80,000	80,000
慰问探访费用补偿	8,000	8,000	8,000

保险费表

保险期间	成年人保险费(人民币:元)		
	计划一	计划二	计划三
1 天	15	25	55
2 天	20	30	65
3 天	25	35	70
4-5 天	35	40	75
6-12 天	45	65	85
13-18 天	75	100	130
19-30 天	100	145	185
全年保障	355	500	945

保险费表

保险期间	未成年人保险费(人民币:元)
1 天	12
2 天	16
3 天	20
4-5 天	30
6-12 天	35
13-18 天	60
19-30 天	80
全年保障	285

注：1. 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保险公司，否则保险公司将不予受理。

2. 成年人的承保年龄为 18 至 70 周岁；未成年人的承保年龄为 1 至 17 周岁。

3. 本计划保障的境内旅行，仅指中国大陆地区，不包括在香港、台湾和澳门地区的旅行。

4. 若该被保险人为同一旅行自愿投保由本保险公司承保的多种综合保险(不包括团体保险)，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中保险金额最高者做出赔偿，并退还其它保险项下已收取的相应保险利益的保险费(仅限于“意外身故、烧伤及残疾保障”、“医疗运送和送返”及“每日住院现金津贴”保障)。

5. 投保人需在出发前投保并交付保费以保证计划生效。

6. 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/主被保险人及次被保险人声明：

- 本人兹申请“美亚畅游神州境内旅游保障计划”并声明以上陈述及各项细节属真实无误，且本投保单将会构成投保人与美国美亚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交付约定保险费并经贵公司同意承保并签发保单为前提。
- 本人已认真阅读并了解了保险合同条款，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，其它任何人的口头及书面陈述、报告或合约，贵公司无需负责。
- 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态或身体状况，且对任何可能导致旅行延误的状况并不知晓。
- 本人明白：任何年龄在 18 周岁以下的被保险人，如果其以死亡为给付责任的保险金额(包括本保险及在所有其它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)须特别告知，否则贵公司对超出限额部分不承担保险责任。
- 本人同意贵公司为本保险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它地方所获取)并授权可由贵公司或任何与贵公司有关的机构或其它人士(不论在中国或海外地方)持有、转告、及用于(1)处理及审核本投保单或其它保险事宜(2)提供与该保险有关之服务、及(3)与本人联络的用途。

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。

投保人签名	主被保险人签名 (若与投保人为同一人则免签)	次被保险人签名	签署地点/日期：
-------	---------------------------	---------	----------

公司使用栏
保险单号码： _____ 代理人姓名： _____ 代理人编号： _____ 核保人员签字： _____ 日期： _____ 临时收款凭证号码： _____