



國泰人壽

國泰人壽旅行平安保險通用版要保書

101.04.20 國壽字第 101040503 號函備查 109.11.17 國壽字第 109110003 號函備查

投保管道	<input type="radio"/> 傳真投保【傳真機號碼：(02)2578-3058】	<input type="checkbox"/> 重複傳真	保單號碼： _____ (審核通過時國泰人壽將授予保單號碼)
	<input type="checkbox"/> 一般客戶件(限信用卡繳費) <input type="checkbox"/> 簽約企業件(請於下方填寫合約代號)		
	<input type="radio"/> 臨櫃投保		
<input type="radio"/> 易 Call 保專案(限以要保人信用卡繳費，專案內容詳見 Call 保約定書)			

※本商品為保險商品，依保險法及其他相關規定，受「保險安定基金」之保障。※本商品非存款商品，不受「存款保險」之保障。
 ※1.本商品經國泰人壽合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由國泰人壽及負責人依法負責。
 2.投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。 3.保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
 ※要保人可透過免費服務電話<市話免費撥打：0800-036-599、付費撥打：02-21626201>或國泰人壽網站(www.cathayholdings.com/life)、總公司、分公司及通訊處所提供之電腦查閱資訊公開說明文件。

一、要保事項：※僅申請加入易 Call 保專案者免填，詳電話投保內容。

保險期間	自民國____年____月____日____時起，共計____天(以臺灣標準時間為準)
旅行目的地	<input type="checkbox"/> 中國大陸(含香港、澳門地區) <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 韓國 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 新加坡 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 馬來西亞 <input type="checkbox"/> 緬甸 <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 寮國 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 *投保海外醫療專機運送服務區域以上述國家為限。 <input type="checkbox"/> 國內(臺、澎、金、馬) <input type="checkbox"/> 美加 <input type="checkbox"/> 歐洲申根國家 <input type="checkbox"/> 其他_____

二、要保人：※要保人已知悉並授權及同意本要保書所載之聲明事項。

要保人(單位)/ 集體發單件代理人	(請於下方簽章)	出生日期 (民國年月日)	國籍	(本國人免填)
身分證/護照/ 統一編號		要保人與 被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 僱傭 <input type="checkbox"/> 學校與學生 <input type="checkbox"/> 其他_____	
行動電話 或聯絡電話	(電子保單-行動電話或 E-mail 二擇一必填)	合約代號	(適用傳真投保簽約件)	
E-mail	(電子保單-行動電話或 E-mail 二擇一必填)	指定回覆 傳真機號碼	(適用傳真投保且必填)	
通訊地址	□□□			
備註	本公司將透過手機簡訊或 E-mail 方式發送電子保單，請務必確認前述資料正確性。 註1：本公司因特殊狀況無法提供電子保單時，得通知要保人改提供紙本保單。 註2：「傳真投保簽約企業件」僅提供紙本保單。			

三、被保險人暨投保金額及受益人：※被保險人已知悉並授權及同意本要保書所載之聲明事項。

※僅申請易 Call 保專案者免填保險金額及附加海外醫療專機運送服務欄位(仍須填寫附表一之本服務重要告知事項)，詳電話投保內容；其被保險人則以要保人本人、配偶、父母、子女為限。
 如下表所列 或 另附名冊(欲指定身故受益人地址及電話)，被保險人人數總計____人，保險費總計(國泰人壽填寫)____元

被保險人					保險金額(單位：新臺幣/元)			身故受益人				
(目前是否受有監護宣告者勾選「是」者，須附上證明文件)								被保險人之法定繼承人 <input type="checkbox"/> 如下表所列				
身分證或 護照號碼	國籍 (本國人 免填)	姓名及親簽	出生日期 (民國年月日)	目前 是否 受有 監護 宣告	意外死亡 及失能 保險金額	每次實支實 付傷害醫療 保險金額	突發疾病醫療 保險金額	姓名	與被保 險人 關係	身分證或 護照號碼 出生日期	國籍 (本國人 免填)	地址/ 電話
				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	萬	萬	萬					<input type="checkbox"/> 同要保人
				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	萬	萬	萬					<input type="checkbox"/> 同要保人
				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	萬	萬	萬					<input type="checkbox"/> 同要保人
				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	萬	萬	萬					<input type="checkbox"/> 同要保人
				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	萬	萬	萬					<input type="checkbox"/> 同要保人

※法定代理人(要/被保險人未成年且未婚者)/監護人/輔助人簽署：
 須註明與要保人關係、身分證字號、出生日期及國籍(本國人免填)

※身故保險金受益人指定為法定繼承人時，以被保險人身故時之法定繼承人為準，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定。
 ※身故保險金受益人如係分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫，受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。
 ※受益人若有指定為社團團體時，要保人應主動通知該社團，申請保險金應檢具文件請上本公司網站或撥打服務電話。

就本次旅程，被保險人是否已投保其他旅行平安險？(未投保者可免填) 保險公司名稱：_____ 保額：_____ 元。

※要保人及被保險人於填寫要保書時， 已審閱 未審閱 「要保書填寫說明」、「保險單條款樣張」、「投保人須知」及「個人資料保護法應告知事項」。

1. 訂立本契約時，以未滿十五歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五歲之日起發生效力。
2. 訂立本契約時，以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其身故保險金均變更為喪葬費用保險金。
前項被保險人於民國九十九年二月三日(含)以後所投保之喪葬費用保險金額總和(不限國泰人壽)，不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之半數，其超過部分國泰人壽不負給付責任，國泰人壽並應無息退還該超過部分之已繳保險費。
3. 保險法第 127 條：保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。



700011



10902 版

四、要保人及被保險人聲明事項：

- 1.本人(被保險人)同意貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 2.本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本要保書上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線,並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考,但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠,不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 3.本人(被保險人、要保人)同意貴公司就本人之個人資料,於「個人資料保護法」所規定之範圍內,有為蒐集、處理及利用之權利。

要保人(單位)/代理人簽章

民國 年 月 日

要保人同意事項：要保人委託代理人向貴保險公司辦理各項投保事宜。
代理人聲明事項：本代理人聲明代理要保人向貴保險公司辦理各項投保事宜。要保文件須影印乙份給各要保人留存。

轄區代號	業務員簽署 (保險經紀人/ 保險代理人)	登錄證字號 (執行證號)	聯絡電話

受理	服務中心	審查科	核保

繳交保險費付款授權書

本人瞭解並同意本次繳費之單次交易限額為新臺幣(以下同)10萬元,且每月不得逾20萬元,如轉出金融機構有其他規定,則悉依轉出金融機構規定辦理;信用卡則悉依卡片額度與發卡銀行規定辦理。

授權人姓名 <small>(限要保人、被保險人或受益人)</small>		身分證字號	
與要保人、被保險人關係		行動電話(務必填寫)	
<input type="checkbox"/> 帳號扣款	銀行別或代號(7碼)	銀行帳號	
<input type="checkbox"/> 信用卡:	發卡銀行:	信用卡卡別	<input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> MASTER <input type="radio"/> JCB <input type="radio"/> 聯合信用卡
	信用卡卡號	_____ - _____ - _____	
	到期日	_____ 月 _____ 年(西元)	

自行繳費

- 注意事項**
- 1.本授權書僅授權繳交本次投保之保險費(包含後續契約變更之加退費)之用,不另作其他用途。
 - 2.本授權書恕無法指定請款日期。
 - 3.本授權書所稱授權人(即持卡人),以本次投保保險契約之要保人、被保險人、受益人。
 - 4.授權人同意國泰人壽得於授權繳交保險費之必要範圍內,為蒐集、利用或處理授權人之個人資料。
 - 5.不論授權付款成功與否,授權人均不得要求退還本授權書。
 - 6.傳真投保(非月結)件者僅能使用信用卡扣款。
 - 7.授權付款不成功時,要保人須另行以其他方式向國泰人壽繳交保險費,否則保險契約不生效力。
 - 8.易 Call 保專案限以要保人信用卡繳費(不受理美國運通卡及大來卡),其授權條款詳易 Call 保專案約定書,以上注意事項與專案約定書牴觸者不適用。

授權人簽名 (須與信用卡上之簽名相同)
* 您的簽名即表示充分瞭解並同意本授權書之所有內容。

申請日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日



700012



10902 版

附表一

海外醫療專機運送服務(實物給付型保險商品)重要告知事項

要保人如有投保「國泰人壽旅行平安保險海外醫療專機運送附加條款(實物給付型保險商品)」,請詳閱並確認下列事項:

1. 已清楚瞭解本次旅行目的地屬本商品所提供之服務區域(服務區域為中國大陸(含香港、澳門地區)、日本、韓國、越南、新加坡、菲律賓、印尼、馬來西亞、緬甸、泰國、寮國及柬埔寨)。
2. 已清楚瞭解「能否以醫療專機運送返國係依據專屬醫師及被保險人之主治醫師的專業判斷」,而非由要保人、被保險人、其親屬或其代理人所能決定。
※醫師的專業判斷係綜合考量被保險人病況與急迫性、當地醫療的適足性與飛航的妥適性。

(請勾選) 本人已清楚瞭解並確認

(1) 上述兩點重要告知事項。

(2) 所繳保險費係用以購買實物給付型保險商品且給付項目提供之內容與規格與實際需求具相當性。

要保人(單位)/代理人/被授權人: _____ 簽名

法定代理人/監護人/輔助人 : _____ 簽名

(註:未滿20歲且未婚/有監護人或輔助人者,則法定代理人/監護人/輔助人須簽名。)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日



700013



10901 版

國泰人壽業務員招攬報告書暨生調表

要保人(單位)：_____

旅平險業務員招攬報告書暨生調表

業務員於招攬時應注意事項：

- 確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係，並瞭解要保人及被保險人是否符合投保之條件、其投保目的及需求，且要保人已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買旅平險商品。
- 確認保單適度，評估要保人投保險種、保險金額及保險費支出與要保人或被保險人收入、財務狀況、職業及其實際需求已具相當性，並考量要保人及被保險人之保險需求，不得僅以理財、節稅作為招攬之主要訴求。

旅平險高額件生調表適用範圍：累積本公司旅平險新臺幣(以下同)1,601萬元以上。

旅平險高額件生調表填寫應注意事項：

- 填寫人員不得為原招攬業務人員，須由該件業務員上一級主管填寫並簽名確認本表內容。
- 確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係，並瞭解要保人及被保險人是否符合投保之條件、其投保目的及需求，且要保人已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買旅平險商品。
- 確認保單適度，評估要保人投保險種、保險金額及保險費支出與要保人或被保險人收入、財務狀況、職業及其實際需求已具相當性，並考量要保人及被保險人之保險需求，不得僅以理財、節稅作為招攬之主要訴求。

一、招攬經過： 客戶主動要求投保 轉介紹 透過服務、職域開拓 親友 其他_____

二、要保人及被保險人投保目的： 旅遊 留學 遊學 員工出差旅遊 校外郊遊 進香團 其他_____

三、要保人及被保險人投保需求： 保障 風險移轉 其他_____

四、就本次旅程，要保人或被保險人是否已投保其他旅行平安險？(未投保者可免填)保險公司：_____ 保險金額：_____元

五、過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？若是，請說明居住國家(地區)。 否 是：_____

六、要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)？若是，請說明。 否 是：_____

七、要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？ 否 是，請說明：_____

八、身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？
 是 否，原因_____

九、要保人(單位)資料：
 【自然人】：是否為家中主要經濟來源者？ 是 否；年收入為 50萬元以下 51萬元~100萬元 101萬元~200萬元 201萬元以上
 【法人】：代表人_____；總公司所在地_____
 年營業額為 500萬元以下 500萬元~1,000萬元 1,000萬元~1億元 1億元以上

十、被保險人工作年收入及其他收入：	是否為家中主要經濟來源者	50 萬以下	51 萬~100 萬	101 萬~200 萬	201 萬以上
● 姓名 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● 姓名 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● 姓名 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● 姓名 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● 姓名 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(第6位起請填背面)
 【註】● 要保人為自然人，且被保險人投保金額超過 500 萬元者，請逐一填寫每一被保險人之收入；除此之外，請填寫代表被保險人(即第一位)之收入。
 ● 被保險人為學生或無固定收入者，請填寫家庭收入。

十一、業務員/生調員之聲明事項：
 1. 本保險契約及本報告書等各詢問事項，係經本人與要、被保險人確認，核實填寫內容。
 2. 本人已核對要、被保險人及受益人之關係及身分無誤(如要保人為法人者，已檢視及確認其合格登記資格證照；若要保人為法人者，並已檢視及確認法人代表人、持有 10% 以上股份(資本)或有最終控制權自然人之身分證明文件。)
 3. 以上所述如有不實致公司受損害時，願負賠償責任。
註：若有被保險人於本公司同一保險期間累計投保旅行平安險保額達 1,601 萬元以上，始須生調員(經手人之主管)簽名。

職域代號				(填寫職域代號者須另附國泰人壽「職域招攬聲明書」)					
經手人	簽名	登錄證字號	轄區代號	日期	生調員	簽名	登錄證字號	轄區代號	日期
				年 月 日					年 月 日



700014

10902 版

個人資料保護法應告知事項

親愛的客戶您好，感謝您選擇國泰人壽保險股份有限公司（以下稱本公司）提供之保險及服務，謹致謝忱。

本公司依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集之目的：

- （一）人身保險（○○一）。
- （二）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（一八一）。

二、蒐集之個人資料類別：

包括但不限於姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查及其他一切基於保險契約所提供之個人資料。

三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：

- （一）期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
- （二）對象：本（分）公司及本公司海外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司及依法有調查權機關或金融監理機關。
- （三）地區：上述對象所在之地區。
- （四）方式：合於法令規定之利用方式。

四、依據個資法第三條規定，您就本公司保有您的個人資料得行使之權利及方式：

- （一）得向本公司行使之權利：
 - 1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 2. 向本公司請求補充或更正。
 - 3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。惟因執行職務或業務所必須之個人資料，本公司依個資法第十一條規定，得拒絕您的請求。
- （二）行使權利之方式：書面、電子郵件、傳真、電子文件。

五、不提供個人資料所致權益之影響：

若未能提供您相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能無法承保，敬請諒察。



000277



10901 版