



國泰人壽

國泰人壽旅行平安保險通用版要保書

中華民國 101 年 04 月 20 日國壽字第 101040503 號備查 中華民國 107 年 08 月 30 日國壽字第 107080109 號備查

傳真個人信用卡件

| | | |
|------|--|----------------------------|
| 投保管道 | <input checked="" type="checkbox"/> 傳真投保【傳真機號碼：(02)2578-3058】 | 保單號碼： (審核通過時本公司將授予保單號碼) |
| | <input checked="" 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="checkbox"/> 重複傳真 | |

※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.本商品經本公司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，應由本公司及負責人依法負責。
 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(0800-036-599)或本公司網站(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：

| | |
|-------|--|
| 保險期間 | 自民國 107 年 12 月 22 日 6 時起，共計 5 天(以台灣標準時間為準) |
| 旅行目的地 | <input type="checkbox"/> 中國大陸(含香港、澳門地區) <input checked="" 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(台、澎、金、馬) <input type="checkbox"/> 美加 <input type="checkbox"/> 歐洲申根國家 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 繳費方式 | <input type="checkbox"/> 現金/匯撥 <input checked="" type="checkbox"/> 信用卡(請檢附信用卡付款授權書) <input type="checkbox"/> 線上刷卡(限行動保險) |

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 | 陳小強 (請於下方簽章) | 出生日期 (民國年月日) | 65/10/02 | 國籍 | (本國人免填) |
| 身分證/護照/ 統一編號 | A123123123 | 要保人與 被保險人關係 | <input checked="" 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 | 0966888999 / (02)8888-6666 (電子保單-行動電話或 E-mail 二擇一必填) | 合約代號 | 務必填寫 | | |
| E-mail | 5486@CATHAYLIFE.COM.TW (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 | (02)8888-5555 (適用傳真投保且必填) | | |
| 通訊地址 | 114 台北市瑞光路 168 號 | | | | |
| 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。

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 (目前是否受有監護宣告者勾選「是」者，須附上證明文件) | | | | | 保險金額(單位：新臺幣/元) | | | 身故受益人 <input type="checkbox"/> 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) | 姓名及簽署 | 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 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 |
| A123123123 | | 陳小強 | 651002 | <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 500 萬 | 100 萬 | <input type="checkbox"/> 甲型 <input checked="" type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型 100 萬 | 王小美 | 夫妻 | X222666888 670806 | | <input checked="" type="checkbox"/> 同要保人 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 萬 | 萬 | <input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型 萬 | | | | | <input type="checkbox"/> 同要保人 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 萬 | 萬 | <input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型 萬 | | | | | <input type="checkbox"/> 同要保人 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 萬 | 萬 | <input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型 萬 | | | | | <input type="checkbox"/> 同要保人 |

被保險人須勾選「目前是否受有監護宣告」，當勾「是」者須附證明文件

附加海外突發疾病醫療保障時，請務必勾選甲型、乙型或丙型，並填入保額。

附加海外醫療專機運送服務須「同時」附加突發疾病且旅行目的地為所列服務區域國家為限。

※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/被保險人關係、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。

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，以未滿十五足歲之未成人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五足歲之日起發生效力。
 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(不限本公司)，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，其超過部分本公司不負給付責任，本公司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

10801 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

陳小強

民國 **107** 年 **12** 月 **12** 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。

| | | | |
|----------------------------|---------|-----------------|------------|
| 業務員簽署 (保險經紀人/ 保險代理人) | 王大明 | 登錄證字號 (執行證號) | 1111666888 |
| 轄區 代號 | ××××××× | 聯絡 電話 | 0968168168 |
| 受理 | | 服務 中心 | |
| 審查科 | | 核保 | |

國泰人壽旅平險信用卡付款授權書

| 信用卡付款授權書 | | | |
|---|---|------------|------------|
| 授權人姓名 | 陳小強 | 身分證字號 | A123123123 |
| 與要保人、被保險人關係 | 本人 | 行動電話(務必填寫) | 0966888999 |
| 卡別 | <input type="checkbox"/> VISA <input checked="" type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 | | |
| 信用卡卡號 | <u>5555</u> - <u>8888</u> - <u>6666</u> - <u>3333</u> | | |
| 發卡銀行 | <u>國泰世華銀行</u> | | |
| 有效期限(至少須二個月以上) | 西元 <u>05</u> 月 <u>21</u> 年 | | |
| 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、受益人或要保人/被保險人之父母、配偶、子女為限。 4.授權人同意本公司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.授權付款不成功時,要保人須另行以其他方式向本公司繳交保險費,否則保險契約不生效力。 | 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。 <div style="text-align: center; color: blue; font-size: 24px; margin-top: 20px;">陳小強</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 申請日期：民國 <u>107</u> 年 <u>12</u> 月 <u>12</u> 日 </div> | | |



700012



10801 版



國泰人壽

國泰人壽旅行平安保險通用版要保書

中華民國 101 年 04 月 20 日國壽字第 101040503 號備查 中華民國 107 年 08 月 30 日國壽字第 107080109 號

傳真簽約月結件

| | | | |
|------|--|----------------------------|-------------------------------|
| 投保管道 | <input checked="" type="checkbox"/> 傳真投保【傳真機號碼：(02)2578-3058】 | 保單號碼： (審核通過時本公司將授予保單號碼) | |
| | <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="checkbox"/> 重複傳真 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 臨櫃投保 | | |

※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.本商品經本公司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，應由本公司及負責人依法負責。
 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(0800-036-599)或本公司網站(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：

| | |
|-------|--|
| 保險期間 | 自民國 107 年 12 月 22 日 6 時起，共計 5 天(以台灣標準時間為準) |
| 旅行目的地 | <input type="checkbox"/> 中國大陸(含香港、澳門地區) <input checked="" 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(台、澎、金、馬) <input type="checkbox"/> 美加 <input type="checkbox"/> 歐洲申根國家 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 繳費方式 | <input type="checkbox"/> 現金/匯撥 <input checked="" type="checkbox"/> 信用卡(請檢附信用卡付款授權書) <input type="checkbox"/> 線上刷卡(限行動保險) |

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 | 誠信報社 企業名稱 (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 | 012345678 | 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 checked="" type="checkbox"/> 僱傭 <input type="checkbox"/> 學校與學生 <input type="checkbox"/> 其他 務必填寫 |
| 行動電話 或聯絡電話 | 0966888999 / (02)8888-6666 (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) | A B 1 2 3 4 |
| E-mail | 5486@CATHAYLIFE.COM.TW (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 | (02)8888-5555 (適用傳真投保且必填) |
| 通訊地址 | 114 台北市瑞光路 168 號 | | |
| 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。

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 (目前是否受有監護宣告者勾選「是」者，須附上證明文件) | | | | 保險金額(單位：新臺幣/元) | | | 附加海外 醫療專機 運送服務 (須填寫本 服務重要 告知事項) | 身故受益人 <input type="checkbox"/> 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) | 姓名及簽署 | 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 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 |
| A123123123 | | 陳小強 | 651002 | <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 500 萬 | 100 萬 | <input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input checked="" type="checkbox"/> 丙型 100 萬 | 王小美 | 夫妻 | X222666888 670806 | | <input checked="" type="checkbox"/> 同要保人 |
| B222333555 | | 曾美麗 | 520302 | <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 500 萬 | 100 萬 | <input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input checked="" type="checkbox"/> 丙型 100 萬 | 附加海外醫療專機運送服務須「同時」附加突發疾病且旅行目的地為所列服務區域國家為限。 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 同要保人 |
| C111222333 | | 王承鋒 | 700606 | <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 500 萬 | 100 萬 | <input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input checked="" type="checkbox"/> 丙型 100 萬 | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 同要保人 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 萬 | 萬 | <input type="checkbox"/> 丙型 | | | | | <input type="checkbox"/> 同要保人 |

被保險人須勾選「目前是否受有監護宣告」，當勾「是」者須附證明文件

附加海外突發疾病醫療保障時，請務必要勾選甲型、乙型或丙型，並填入保額。

※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/被保險人關係、身分證字號、出生日期及國籍(本國人免填)

※身故保險金受益人如係身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。

務必勾選

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，以未滿十五足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足歲之日起發生效力。
 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(不限本公司)，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，其超過部分本公司不負給付責任，本公司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

10801 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

公司
大章

公司
小章

民國 107 年 12 月 12 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。

| | | | |
|----------------------------|---------|-----------------|------------|
| 業務員簽署 (保險經紀人/ 保險代理人) | 王大明 | 登錄證字號 (執行證號) | 1111666888 |
| 轄區 代號 | ××××××× | 聯絡 電話 | 0968168168 |
| 受理 | | 服務 中心 | |
| 審查科 | | 核保 | |

國泰人壽旅平險信用卡付款授權書

| 信用卡付款授權書 | | | |
|---|---|------------|--|
| 授權人姓名 | | 身分證字號 | |
| 與要保人、被保險人關係 | | 行動電話(務必填寫) | |
| 卡別 | <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 | | |
| 信用卡卡號 | _____ - _____ - _____ | | |
| 發卡銀行 | _____ | | |
| 有效期限(至少須二個月以上) | 西元_____月_____年 | | |
| 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、受益人或要保人/被保險人之父母、配偶、子女為限。 4.授權人同意本公司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.授權付款不成功時,要保人須另行以其他方式向本公司繳交保險費,否則保險契約不生效力。 | 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。 <div style="border: 1px solid gray; height: 20px; width: 100%;"></div> | | |
| | 申請日期：民國_____年_____月_____日 | | |



700012



10801 版



國泰人壽

國泰人壽旅行平安保險通用版要保書

中華民國 101 年 04 月 20 日國壽字第 101040503 號備查 中華民國 107 年 08 月 30 日國壽字第 107080109 號備查

臨櫃投保件

| | | |
|------|--|----------------------------|
| 投保管道 | <input checked="" type="checkbox"/> 傳真投保【傳真機號碼：(02)2578-3058】 | 保單號碼： (審核通過時本公司將授予保單號碼) |
| | <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 checked="" type="checkbox"/> 臨櫃投保 | |

※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.本商品經本公司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，應由本公司及負責人依法負責。
 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(0800-036-599)或本公司網站(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：

| | |
|-------|--|
| 保險期間 | 自民國 107 年 12 月 22 日 6 時起，共計 5 天(以台灣標準時間為準) |
| 旅行目的地 | <input type="checkbox"/> 中國大陸(含香港、澳門地區) <input checked="" 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(台、澎、金、馬) <input type="checkbox"/> 美加 <input type="checkbox"/> 歐洲申根國家 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 繳費方式 | <input type="checkbox"/> 現金/匯撥 <input checked="" type="checkbox"/> 信用卡(請檢附信用卡付款授權書) <input type="checkbox"/> 線上刷卡(限行動保險) |

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 | 王小強 (請於下方簽章) | 出生日期 (民國年月日) | 89/10/02 | 國籍 | (本國人免填) |
| 身分證/護照/ 統一編號 | N123123123 | 要保人與 被保險人關係 | <input checked="" 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 | 0966888999 / (02)8888-6666 (電子保單-行動電話或 E-mail 二擇一必填) | 合約代號 | 務必填寫 | | |
| E-mail | 5486@CATHAYLIFE.COM.TW (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 | (02)8888-5555 (適用傳真投保且必填) | | |
| 通訊地址 | 114 台北市瑞光路 168 號 | | | | |
| 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。

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 (目前是否受有監護宣告者勾選「是」者，須附上證明文件) | | | | | 保險金額(單位：新臺幣/元) | | | 身故受益人 <input type="checkbox"/> 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) | 姓名及簽署 | 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 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 |
| N123123123 | | 王小強 | 891002 | <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 500 萬 | 100 萬 | <input type="checkbox"/> 甲型 <input checked="" type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型 100 萬 | 王大明 | 父子 | N123456789 420303 | | <input checked="" type="checkbox"/> 同要保人 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 萬 | 萬 | <input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型 萬 | | | | | <input type="checkbox"/> 同要保人 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 萬 | 萬 | <input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型 萬 | | | | | <input type="checkbox"/> 同要保人 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 萬 | 萬 | <input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型 萬 | | | | | <input type="checkbox"/> 同要保人 |

被保險人須勾選「目前是否受有監護宣告」，當勾「是」者須附證明文件

附加海外突發疾病醫療保障時，請務必勾選甲型、乙型或丙型，並填入保額。

附加海外醫療專機運送服務須「同時」附加突發疾病且旅行目的地為所列服務區域國家為限。

※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/被保險人關係、身分證字號、出生日期及國籍(本國人免填)
 王大明
 父母、 N123456789、 420303 中國大陸

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。

※要保人及被保險人務必勾選「已審閱」保書時，已審閱 未審閱「要保書填寫說明」、「保
 ※1.訂立本契約時，以未滿十五歲之未成人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險
 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
 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
 喪葬費扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部
 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
 事項」。
 要、被保險人未成年或被保人受監護宣告、輔助者須在此欄註明「要/被保人關係、身分證字號、出生日期及國籍(本國人免填)」且法定代理人/監護人/輔助人須在此欄簽名。
 關遺產稅



700011

10801 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

王小強

民國 **107** 年 **12** 月 **12** 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。

| | | | |
|----------------------------|---------|-----------------|------------|
| 業務員簽署 (保險經紀人/ 保險代理人) | 王大明 | 登錄證字號 (執行證號) | 1111666888 |
| 轄區 代號 | ××××××× | 聯絡 電話 | 0968168168 |
| 受理 | | 服務 中心 | |
| 審查科 | | 核保 | |

國泰人壽旅平險信用卡付款授權書

| 信用卡付款授權書 | | | |
|----------------|---|------------|------------|
| 授權人姓名 | 王大明 | 身分證字號 | N123456789 |
| 與要保人、被保險人關係 | 父子 | 行動電話(務必填寫) | 0966888999 |
| 卡別 | <input type="checkbox"/> VISA <input checked="" type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 | | |
| 信用卡卡號 | 5555 - 8888 - 6666 - 3333 | | |
| 發卡銀行 | 國泰世華銀行 | | |
| 有效期限(至少須二個月以上) | 西元 05 月 21 年 | | |
| 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、受益人或要保人/被保險人之父母、配偶、子女為限。 4.授權人同意本公司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.授權付款不成功時,要保人須另行以其他方式向本公司繳交保險費,否則保險契約不生效力。 | | |
| | 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。 <p style="text-align: center; font-size: 24px; color: blue;">王大明</p> <div style="background-color: gray; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: right;">申請日期：民國 107 年 12 月 12 日</p> | | |



700012



10801 版