

## 海外度假打工保戶續保應檢附文件摘要說明

A Brief Introduction to Documents Required to Submit for Policy Renewal by Insured Taking An Overseas Working Holiday

保戶於赴海外度假打工期間，因原保險契約之保險期間即將到期，為辦理續保相關事宜，應檢附之文件如下，並請於確認後予以簽名：

To renew a soon expiring Insurance Policy during the overseas working holiday, the insured should submit the following documents with signature:

**1. 要保書：**指要保人向保險公司辦理保險契約續保之申請文件，包含基本資料、投保內容及個人資料保護法應告知事項等。

Application forms: means those documents required to file by applicant for policy renewal application, including basic information, insurance policy details and a Personal Data Collection Notice under the Personal Data Protection Act.

**2. 續保適合性暨投保權益確認聲明書：**確認保戶已知悉本次投保相關權益及適合度之文件。

Declaration of Renewal Fitness and Acknowledgement of Awareness of Insured Interest: the document used to confirm the acknowledgement of the renewal fitness and related insured interests of this application by the insured.

**3. 信用卡授權書：**授權以信用卡扣款繳交續保保險費。

Credit Card Authorization Letter: the document used to authorize the insurer to charge cardholder's credit card account for the insurance policy renewal premium.

**4. 法定代理人同意書：**法定代理人同意未成年人辦理續保之聲明文件。

Agreement from Legal Representative: Approval from the Legal Representative to allow the minor to renew the insurance.

保單號碼
------

## 國泰人壽真全方位傷害保險要保書

中華民國 93 年 11 月 5 日金管保二字第 09302049770 號函核准      中華民國 108 年 10 月 1 日國壽字第 108100059 號備查

※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，消費者仍應詳細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。

※投保後解約可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

※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](http://www.cathayholdings.com/life))、總公司(地址:台北市仁愛路四段 296 號)、分公司及通訊處所提供之電腦查閱資訊公開說明文件。

※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。

### 壹. 基本資料

要保人	姓名			身分證字號		
	出生日期			國籍	(本國人免填)	
	住所	郵遞區號:      (電話:公司/住家:      分機:      行動電話:      )				
	E-MAIL					
被保險人	姓名			身分證字號		
	出生日期	國籍	(本國人免填)		與要保人關係	
	服務單位	職位	工作內容(及兼業)			
	住所	<input type="checkbox"/> 同要保人住所 郵遞區號:      (電話:公司/住家:      分機:      行動電話:      )				
	是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是(如勾選是者,請提供其相關證明文件) <input type="checkbox"/> 否。 目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是(如勾選是者,請提供其相關證明文件) <input type="checkbox"/> 否。					

### 貳. 身故受益人

姓名 身分證字號	國籍 (本國人免填)	給付方式 <input type="checkbox"/> 比率 <input type="checkbox"/> 順位	與被保險人之關係	聯絡地址/電話	
ID:			被保險人之 <input type="checkbox"/> 法定繼承人	<input type="checkbox"/> 同要保人地址 <input type="checkbox"/> 同被保人地址。 郵遞區號: 聯絡電話:	
ID:			被保險人之 <input type="checkbox"/> 法定繼承人	<input type="checkbox"/> 同要保人地址 <input type="checkbox"/> 同被保人地址。 郵遞區號: 聯絡電話:	
ID:			被保險人之 <input type="checkbox"/> 法定繼承人	<input type="checkbox"/> 同要保人地址 <input type="checkbox"/> 同被保人地址。 郵遞區號: 聯絡電話:	
ID:			被保險人之 <input type="checkbox"/> 法定繼承人	<input type="checkbox"/> 同要保人地址 <input type="checkbox"/> 同被保人地址。 郵遞區號: 聯絡電話:	

※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。

※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。

### 參. 投保內容及其他約定事項

職業分類	第 類	報備日期/號碼	保險年期	壹年	繳費方法	年繳
傷害死亡及失能保險金額		保額	保險費	元	保費合計	元
附加條款(甲)-傷害醫療保險金日額		日額		元		
附加條款(乙)-傷害醫療保險金限額 <input type="checkbox"/> 全民健康保險身分 <input type="checkbox"/> 非全民健康保險身分		保額		元		
附加條款(丙)-傷害醫療擇優保險金日額 (限全民健康保險身分)		日額		元		
保單類型 (※擇一勾選)			<input type="checkbox"/> 電子保單 <input type="checkbox"/> 紙本保單      本公司因特殊狀況無法提供時，得通知要保人改提供紙本保單。			
保險期間 自民國      年      月      日 00 時起，為期壹年。						
本契約保險期間為壹年，若保險期間屆滿且國泰人壽同意續保時，是否同意國泰人壽逕以本契約所載之續期保費繳費方式辦理續保作業?..... <input type="checkbox"/> 1. 同意 <input type="checkbox"/> 2. 不同意						
續期保險費繳費方式 <input type="checkbox"/> 1. 金融機構/郵局轉帳 <input type="checkbox"/> 3. 信用卡 <input type="checkbox"/> E. 自行繳費      (選擇 1. 3 請同時填寫授權書)						



80011



10801 版

## 肆. 同業投保情形

被保險人是否已投保其他保險公司下列商品： (一)意外險。 (二)實支實付型傷害醫療保險。 (三)實支實付型醫療保險。	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	公司名稱	意外險	實支實付型	
				醫療險	傷害醫療險

## 伍. 要(被)保險人告知事項及聲明事項(本欄請親自填寫,若填寫不實,本公司得依保險法第64條,解除本契約。)

過去二年內是否曾因患有下列 1-6 項疾病而接受醫師治療、診療或用藥?

- 1.高血壓症(指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤
- 2.腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症
- 3.癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病
- 4.糖尿病
- 5.酒精或藥物濫用成癮、眩暈症
- 6.視網膜出血或剝離、視神經病變

否 是 (如勾選(是)時,請將病名、就診大約日期、醫院名稱詳記於此欄)

目前身體機能是否有下列 1-7 項障害(請勾選):

- 1.失明。
- 2.是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥,且一目視力經矯正後,最佳矯正視力在萬國視力表 0.3 以下。
- 3.聾。
- 4.是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥,且單耳聽力喪失程度在 50 分貝(dB)以上。
- 5.啞。
- 6.咀嚼、吞嚥或言語機能障害。
- 7.四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。

否 是 (如勾選(是)時,請將病名、就診大約日期、醫院名稱詳記於此欄)

要(被)保險人聲明事項:

- 一、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。
- 二、本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、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。
- 三、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。
- 四、本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人,申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險;或本人於投保時已通知貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險,而貴公司仍承保者,貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知貴公司者,同意貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。

本人於填寫要保書時,已審閱未審閱,貴公司所提供之「要保書填寫說明」及「保險單條款樣張」及「個人資料保護法應告知事項」。

此 致

國泰人壽保險股份有限公司

要保人:

簽章

被保險人:

簽章

法定代理人/監護人/輔助人:

簽章

(要/被保險人未成年者)

中華民國

年

月

日

\*被保險人非要保人本人時,依保險法第 105 條規定,需由其本人親自簽名確認,否則契約自始無效。

\*要保人、被保險人受監護宣告者,由監護人代簽及簽名。

\*要保人、被保險人為七足歲(含)以上未滿二十足歲/受輔助宣告者,由本人及其法定代理人/輔助人簽名。



	經手人(一)	經手人(二)	經手人(三)	經手人(四)	經手人(五)	經手人(六)
轄區代號						
業務員簽名 (保險經紀人/ 保險代理人)						
登錄字號 (執業證號)						

核保欄		服務中心受理欄	
複核人員	初核人員		



800012



10801 版

# 國泰人壽傷害險要保書填寫說明

要保書是指要保人向國泰人壽保險股份有限公司(以下簡稱本公司)申請投保時所填寫的書面文件。主要包括個人基本資料,如要保人與被保險人的姓名、身分證字號、出生年月日、職業內容、地址、電話等;投保內容包括要保事項、受益人姓名、被保險人健康告知及聲明事項、要保人與被保險人簽章等,其相關填寫應注意事項如下:

## 壹、基本資料篇

- (一)個人資料:被保險人基本資料(如身分證字號、出生日期等)如有錯誤或與他人相同者應附身分證影本,如為戶政機關誤植者,應同時檢附相關證明資料。
- (二)要被保人關係欄位:須注意要被保人之間必須存在保險利益,現行具有保險利益者,包括父母子女,配偶,祖孫及僱傭關係,僱傭關係投保,須附公司營利事業登記証及在職証明。
- (三)工作內容:被保險人的工作內容與服務單位皆應詳實填寫,職業類別可至審查支援區的職業類別查詢。
- (四)住所:要保人住所及被保險人戶籍地址須正確填寫,注意勿遺漏區域代號,如:106(大安區)。要保人住所不得填寫下列任何乙種資料:
  - (1)郵政信箱號碼。(2)營業單位或經手人的地址。(3)只籠統寫出機關、學校或某市場地下室等名稱。本公司重要通知文件係以要保人住所為寄送地址,影響權益甚大,請務必正確填寫。
- (五)電話號碼:行動電話與電話至少擇一填寫,且一律註明區碼,如台北須填寫(02)。

## 貳、身故受益人篇(受益人欄如何填寫:為日後保險給付理賠對象之確認依據,注意事項如下)

1. 受益人由要保人指定,可以指定給自然人,亦可以指定給法人,人數沒有限制,指定二位以上受益人,請務必填寫比例或順位,為免日後理賠爭議。
2. 請要保人明確填寫受益人姓名、與被保險人關係、身分證字號等項,不得寫同上。
3. 受益人如果有塗改請蓋印章,勿用簽名,以免日後無謂紛爭。
4. 以僱傭關係投保者,身故受益人應指定給被保險人家屬或被保險人家屬與雇主並列。尤應注意受益人為公司團體或為負責人本人或二者皆是,於受益人及其關係欄內務必填寫明確,以避免爭端。
5. 僱傭關係投保:除受益人限制外,審查科保留核定權,請配合審查需求提供必要文件(如營利事業登記証、在職証明或電子薪津表等)。

## 參、同業投保情形篇

是否已購買同業「實支實付型」傷害醫療險或「實支實付型」醫療險,請務必要勾選。若有購買應確實在投保記錄欄上告知清楚,以避免日後發生理賠爭議。

※同業有投保「實支實付型」醫療險任何一種附約者,則不能購買本公司的「實支實付型」保險商品。

## 肆、要保書篇

1. 基本資料欄、要保事項欄(如主約保額、年期、繳別及各種附加附約保額等)、還有受益人姓名及身分證字號等,如經塗改需加蓋要保人印章。
2. 健康告知欄,如經塗改需加蓋被保險人印章。

## 伍、告知事項篇

告知事項主要為要保書中有關被保險人身體狀況等詢問事項。如有為隱匿或遺漏不為說明,或為不實之說明,足以變更或減少保險人對於危險之估計者,本公司得依保險法第六十四條之規定解除契約,其危險發生後亦同。

### (一)要、被保險人聲明事項欄

1. 本人於填寫要保書時,  已審閱貴公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款樣張」及「個人資料保護法應告知事項」。其中已審閱應確認並勾選。
2. 保險業招攬人員是否出示合格招攬資格證件,並提供保單條款、說明書供本人參閱,這一條請一定要請保戶閱讀。

### (二)簽名欄

1. 經手人必須親晤要保人、被保險人(含子女、配偶附加眷屬附約時)或法定代理人本人,且須親見本人親自簽名。
2. 要保人、被保險人、法定代理人不識字時,應蓋手指印且要有2位見證人(需年滿20歲以上有行為能力者)簽名並填寫身分證字號及關係。
3. 法定年齡未滿20歲且未婚者或祖孫投保時,需法定代理人簽名;未成年已婚者視為成年,可不經法定代理人同意。
4. 法定年齡未滿七歲者,可由法定代理人代為簽名,法定年齡滿七歲以上者,則一律要由保戶自己親自簽名。

## 陸、其他注意事項

- (一)要保人可透過免費服務電話(0800036599)或本公司網站([www.cathayholdings.com/life](http://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。
- (二)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。
- (三)本商品非存款商品,不受「存款保險」之保障。



800018



10501 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(〇〇一)。
- (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

# 國泰人壽意外險業務員報告書暨生調表

被保險人姓名				身分證字號			
要保人為法人時：							
法人名稱							
總公司所在地							
負責人姓名				職稱			
1. 要、被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 僱傭 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
2. 被保險人與受益人關係： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 其他 _____，若勾選其他請說明原因：							
3. 要保人與受益人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 其他 _____，若勾選其他請說明原因：							
4. 要保人為法人時，請勾填下列事項： 是否有持有該法人股份或資本 10%以上之自然人？ <input type="checkbox"/> 是；姓名：_____，ID _____ <input type="checkbox"/> 否；是否發現有以任何方式對該法人有最終控制權之自然人？ <input type="checkbox"/> 是；姓名：_____，ID _____ <input type="checkbox"/> 否；代表人姓名：_____，ID _____				5. 確認本件契約要、被保險人及受益人身份依據（可複選）： <input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 駕照 <input type="checkbox"/> 護照 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
6. 本契約來源為（可複選）： <input type="checkbox"/> 客戶主動要求投保 <input type="checkbox"/> 轉介紹 <input type="checkbox"/> 透過服務、職域開拓 <input type="checkbox"/> 親友，婚姻/血緣關係 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
7. 投保目的及需求： <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
8. 出國目的： <input type="checkbox"/> 留學 <input type="checkbox"/> 遊學（投保新留學御守才需勾選）							
9. 要保人資料：【自然人】：是否為家庭經濟主要來源者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；年收入約 _____ 萬元 【法人】：年營業額為 <input type="checkbox"/> 500 萬元以下 <input type="checkbox"/> 500 萬元~1,000 萬元 <input type="checkbox"/> 1,000 萬元~1 億元 <input type="checkbox"/> 1 億元以上							
10. 被保險人資料：是否為家庭經濟主要來源者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否； 年收入約為 _____ 萬元，家庭年收入合計約 _____ 萬元							
11. 家庭經濟主要來源者或法定代理人資料：（要、被保險人為家管/未成年/學生/無業才需填寫本題） 與被保險人關係 _____，職業及工作內容 _____，年收入約 _____ 萬元							
12. 要保人及被保險人是否已投保其他意外險： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，保險公司：_____ 保險金額：_____							
13. 已考量要、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？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
14. 已確認保單適合度，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？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
15. 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？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明居住國家(地區)：_____							
16. 要保人或被保人是否是現任(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)？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，現任或曾任之上述職務，皆請說明：_____							
17. 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？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明：_____							
※業務員聲明： 1. 本保險契約及本報告書等各詢問事項，係經本人當面與要、被保險人確認，核實填寫內容，本保險契約並經要、被保險人親自簽名。 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，已檢視及確認其具合格登記資格證照，且已檢視及確認該法人之代表人、持有 10%以上股份或資本、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。				※被保險人有下列情形之一者，即屬高額保險，須由經手人之上 一級主管填寫生調人員欄位： 1. 累積本公司傷害保險金額達 1,001 萬元以上；或 2. 累積本公司人壽及傷害保險金額達 1,501 萬元以上；或 3. 累積同業人壽及傷害保險有效保險金額達 2,501 萬元以上；或 4. 旅平險需財務核保件。			
經手人				生調人員(高額件者須由上一級主管填寫)			
簽名	ID	轄區代號	簽名	ID	轄區代號	簽名	ID
填寫日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日							



800065



10701 版

107 年 8 月 版

# 國泰人壽保險股份有限公司

## 信用卡繳交保險費付款授權書



0302440471-

立授權書人(即持卡人,以下簡稱授權人)茲授權信用卡發卡機構及國泰人壽保險股份有限公司(以下簡稱國泰人壽)得依國泰人壽所提供有關要保人之保險費資料,自授權人信用卡帳戶內進行扣款,以交付保險契約(如下列)之保險費。

○新投保件 ○續期件

申請日期      年      月      日

保險契約資料欄	要保人姓名：_____		身分證字號：_____	
	保單號碼/受理編號	被保險人姓名	要(被)保險人與授權人關係	註： 1. 國泰人壽依要保書中要保人收費地址或要保人最後通知之地址郵寄送金單、催繳通知等資料，經通常之郵遞時間即視為合法送達；如果收費地址有變更時，要保人應以書面通知國泰人壽。 2. 本授權書不論授權成功與否，均不退還。如授權不成功時，授權人須重立授權書。 3. 若保險契約為傳統型壽險商品，如經二次扣款不成，則當期及續期保險費得改採自行繳費之方式繳交，國泰人壽不另派員前往收取。
授權人資料欄	戶名：_____			國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____
	身分證字號：_____			
	出生日期：民國      年      月      日			
	聯絡電話(市話)：      -      分機		手機：_____	
	發卡機構：_____ 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：_____ 有效期限：西元    □□ 月    □□ 年 ※以國泰世華商業銀行信用卡繳交國泰人壽所指定的各險種，得享有保險費 1%之折減(依各險種規定為準)；但本項折減不可與他項折減合併累積計算。 ※信用卡若因掛失、停用、換卡、升級等原因重新發卡，卡號或有效期限因而有異動者，請主動連繫國泰人壽服務人員。			
授權人確認： 您的簽章即表示： 1. 已審閱並瞭解授權書背頁有關個人資料保護法應告知事項。 2. 已瞭解並同意授權書背頁之信用卡繳交保險費付款授權約定條款。  授權人簽章： <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div> (須與信用卡上之簽名相同)		要保人確認：(授權人為要保人本人可免簽章確認) 您的簽章即表示： 1. 已審閱並瞭解授權書背頁有關個人資料保護法應告知事項。 2. 瞭解並同意授權書背頁之保險費自動轉帳付款授權約定條款。  要保人簽章： <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> 法定代理人/監護人/輔助人簽名： _____ <small>(要保人為未滿 20 歲且未婚/有監護或輔助人者，則法定代理人/監護人/輔助人須簽名。)</small>		
以下由送件人填寫		以下由國泰人壽填寫		
本授權書各項填寫資料均經本人審核確認無誤，如有不實願負相關法律責任		受理單位：		保費管理科經辦
送件人(確認人)簽名	送件人身分證字號(保代登錄證號)	主管(覆核)：	經辦：	
自寄件免填寫				



## 信用卡繳交保險費付款授權約定條款

### 壹、一般條款

- 一、本授權書所稱授權人(即持卡人,以下簡稱授權人),以授權書所指定保險契約之要保人、被保險人、受益人或要保人、被保險人之父母、配偶、子女為限。
- 二、授權人同意由本授權書授權信用卡發卡機構(以下簡稱甲方)及國泰人壽保險股份有限公司(以下簡稱乙方),得自授權人之信用卡帳戶內進行扣款,以支付授權書所指定保險契約之保險費。
- 三、一份授權書只適用同一要保人,如投保乙方二件(含)以上保險契約而非同一要保人時,應分別填具授權書。
- 四、有以下各款情形之一者,除本授權書另有約定外,授權之效力自乙方知悉該情形之日起終止:
  - (一)本授權書所指定之保險契約因撤銷、終止、解除或其他原因消滅時。
  - (二)授權人與甲方之間,就本授權書所指定信用卡之契約關係消滅者。
- 五、保險契約經辦理撤銷、終止、解除或其他原因而失效後,如甲方誤以其為有效而仍以授權人之信用卡進行扣款,交付保險費予乙方者,保險契約並不因此而有效,授權人仍應依甲方所發之付款通知書向甲方支付甲方已給付予乙方之保險費。
- 六、授權人以同一信用卡同時授權甲方交付二件(含)以上保險契約之保險費時或同一天同一信用卡內有二筆(含)以上扣款時,則由甲方衡量授權人之信用額度與保險費狀況權衡處理,要保人、授權人與乙方均無異議。
- 七、授權人對信用卡轉帳金額中之保險費金額若有疑義時,應逕行洽詢乙方辦理,概與甲方無關。
- 八、授權人與甲方之信用卡契約關係消滅或其他原因致甲方未能付款予乙方時,授權人同意甲方得將未能付款原因通知乙方。
- 九、授權人同意任何有關授權人與乙方就授權書所指定保險契約之保險權益事項及一切抗辯,概與甲方無關,不得以之對抗甲方。
- 十、本授權書上所載之其中一筆保險契約資料,如因填寫錯誤致授權不生效力,或嗣後因保險契約變更或其他原因而終止授權約定者,對於其他保險契約之授權內容及效力,不生影響。
- 十一、本授權書所指定之保險契約經辦理契約撤銷、終止、解除或其他原因而失效後,而乙方已依授權書受領保險費時,授權人及要保人同意乙方將保險費退予甲方。
- 十二、授權人同意甲方及乙方得於授權繳交保險費之必要範圍內為蒐集、處理或利用授權人個人資料。
- 十三、乙方得將繳費通知、送金單及各項通知等資料,寄送至授權人於電子單據所留存之最新 E-mail;如未申辦前述服務者,乙方得以手機簡訊發送短網址連結方式提供相關資料;如未留存有效手機號碼者,乙方得以紙本郵寄或逕由服務人員轉交相關資料紙本方式為之。乙方保有變更前述各項通知方式之權利,如有變更,恕不另行通知。
- 十四、本授權書不論授權成功與否,均不退還。但授權不成功時,授權人須重立授權書。
- 十五、本授權約定條款如有未盡事宜,授權人及要保人授權甲方及乙方得隨時協商修訂之,修訂後之內容構成本條款之一部分,效力優先於原條款。

### 貳、第一次保險費條款

- 一、以本授權書授權繳交新契約第一次保險費者,應連同新契約要保書一併交予乙方,新契約經乙方同意承保,並確定自乙方受領第一次保險費時,溯及乙方受理授權書時生效。若第一次保險費遭甲方拒付者,保險契約自始無效。
- 二、授權人或要保人於簽署授權書送件後,欲變更授權內容者,須另立授權書並於保險契約完成承保程序前送達乙方,始生效力。
- 三、新契約要保書之繳費方式同時勾選「現金/支票(僅限首期繳費方式)」及「信用卡」者,不適用本授權書之第一次保險費條款。
- 四、本授權書如因內容填寫不全、錯誤或其他原因致甲方無法付款予乙方者,不生授權之效力。
- 五、授權繳交新契約第一次保險費者,授權人若無反對之意思表示,該新契約之續期保險費及彈性保險費依照下列續期保險費條款辦理。
- 六、保險契約有因辦理撤銷、不同意承保或承保內容變更致生退還保險費之情事時,要保人及授權人同意乙方得將應退還之保險費無息退還予甲方。

### 參、續期保險費條款

- 一、授權指定各銀行信用卡交付保險費之扣款日,如保險單所載保險費交付日期為1日至9日間者,以當月9日為扣款日;保險單所載保險費交付日期為10日至19日間者,以當月19日為扣款日;保險單所載保險費交付日期為20日至月底者,以當月29日(2月則為27日)為扣款日;如遇假日,則順延至次一營業日扣款,並請提前一個營業日存妥款項。
- 二、授權人以信用卡繳交保險費者,應於當期保險費應繳月始日之20日前,將授權書交乙方各營業單位送達保費部,始生效力。授權書逾期送達者,延至次期始生授權效力。
- 三、本授權書生效後,授權人不須另行授權,乙方得於每期保險費應繳月定期自動向甲方提示請款,若轉帳不成者,乙方得再執行二次扣款或逕予催繳,經乙方催繳後,要保人應依保險契約條款約定,於寬限期屆滿前自行繳交該次保險費。若逾期未繳致保險契約停效者,概由要保人自行負責。得以彈性繳納之款項,於當期轉帳不成者,將於次期再行轉帳。
- 四、本授權書如因內容填寫不全、錯誤或其他原因致甲方無法付款予乙方者,不生授權之效力,若保險契約為傳統型壽險商品,其續期保險費之繳費方式應改採要保人自行繳費。
- 五、保險契約為傳統型壽險商品者,如經二次扣款不成功,則當期及續期保險費之繳費方式將改採自行繳費,須繳交自未繳之該期起至應繳之當期止之保險費(月繳者須繳至應繳當月)後,始恢復自動扣款。
- 六、授權人欲變更其他信用卡繳交保險費時,應重新填寫授權書,並依續期保險費條款第二條之約定辦理,原授權書效力於新授權書生效時,自動終止。更換新卡(如毀損、有效期間屆滿等情形)而未更換卡號者,原授權書仍具授權效力。
- 七、授權人欲終止授權關係時,應填寫「終止保險費自動轉帳付款授權書」,並依續期保險費條款第二條之約定辦理。若保險契約為傳統型壽險商品,於終止授權後若非以信用卡或其他金融機構/郵局轉帳繳交保險費者,要保人應自行繳費。
- 八、投資型保險商品之繳費與否並不直接影響契約之效力(惟附加之附約除外),故授權人終止保險費自動轉帳付款授權關係後,乙方不另主動派員收費,若需繳款,請洽乙方服務人員或自行至乙方各服務中心繳費。
- 九、授權人與甲方之信用卡契約關係消滅或其他原因致甲方未能付款予乙方,授權人負有通知要保人於保險契約約定期限內,向乙方繳交該期保險費之義務,授權人怠於履行此項義務,其所生之不利利益,要保人同意不得向乙方主張任何權利。
- 十、因作業時差及其他因素,發生重複扣款之情事者,乙方應將重複扣得之保險費款項,退還予甲方。
- 十一、因保單繳別、年期之變更或其他保全變更,致使當次金額與甲方給付予乙方之保險費之金額有短轉或溢轉時,則由乙方於次月依本授權書續期保險費條款第一條約定之轉帳扣款基準日之相當日補轉或無息退還予甲方。
- 十二、依續期保險費條款第三、四、五、七、八條改採自行繳費情形者,乙方不另派員前往收取。自行繳費相關規定請參考乙方網站([www.cathayholdings.com.tw/life/](http://www.cathayholdings.com.tw/life/))之資訊公開說明文件中【各項保險項目】之【繳費方法及優惠方式】。

### 個人資料保護法應告知事項

國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內,以合於法令規定之利用方式,於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務中心或利用國泰人壽免費客戶服務專線(0800-036599)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須,得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時,基於健全人身保險業務之執行,國泰人壽將無法提供您完善的服務。

# 海外度假打工保戶續保適合性暨投保權益確認聲明書

Declaration of Renewal Fitness and Acknowledgement of Awareness of Insured Interest by Insured Taking An Overseas Working Holiday

保單號碼(Policy Number) : \_\_\_\_\_ 電子郵件(E-Mail) : \_\_\_\_\_  
(請務必填寫, 以利後續聯繫 necessary for future contacts)

要保人(Applicant) : \_\_\_\_\_ 被保險人(Insured) : \_\_\_\_\_

本人(即被保險人)於國泰人壽(下稱貴公司)投保之真全方位傷害保險(保單號碼如上,下稱原保單)即將到期,因本人目前正值赴海外度假打工期間,未能於原保單到期前親自返國辦理續保相關事宜。為利貴公司進行續保作業,本人茲聲明如下:

Although the policy (with the above-mentioned policy number, and hereinafter referred as "Policy") issued by cathay life insurance company (hereinafter referred as "Insurer") is expiring soon, I, the insured, am not able to return to R.O.C. to handle matters related to policy renewal before the Policy's expiration date, since my overseas working holiday is still ongoing. To facilitate the Insurer to proceed the further process of policy renewal, I hereby declare the followings:

- 本人知悉本次投保係原保單之續保,並同意續保。I acknowledge being informed that the application made this time is for the renewal of the Policy and I agree to such renewal.
- 本人已確實瞭解所繳交之保險費係用以購買保險商品。I fully understand that the paid premium is for purchasing insurance products.
- 本人已確實瞭解所投保險種、保險金額及保險費支出符合自身實際需求,且與要保人或被保險人收入、財務狀況與職業等間具相當性。I fully understand that the policy type, sum insured and premium expense applied in the application meet my actual needs and suit applicant's/insured's income, financial status, occupation, etc.
- 本次於要保書所載之續保內容(險種、保額、保障範圍),請於下方擇一勾選。The renewal content (policy type, sum insured, coverage) stated in the application form this time is: (Please tick ONLY ONE of the following boxes.)  
與原保單續保內容相同 same as the renewal content of the Policy  
原保單內容有變動,請詳續保要保書(本公司保有核保之權利) different to the content of the Policy, please find the details in the renewal application form (the Insurer reserves the right to underwrite.)
- 本人於本次續保時,確實係由本人檢視要保書及相關要保文件之內容後,親自簽署所有文件,且同意受益人之指定,並同意投保。In making the renewal application this time, I have reviewed the content of the application form and related application documents myself before signing my signature on all such documents personally, agreeing the designation of the beneficiary, and agreeing to make the application.
- 於要保書及本聲明書所為之簽章式樣,業經中華民國於當地之駐外館處驗證,並同意將該驗證資料提供予貴公司。The format of those signatures on the application form and this document has been authenticated by the local overseas Embassy, Representative Office, R. O. C., and I agree to submit such authenticated documents to the Insurer.

簽名處 Signature	中華民國文件證明專用 R.O.C. Document Authentication
要保人簽名: Signature of Applicant	中華民國文件專用貼紙
被保險人簽名: Signature of Insured	
(要保人/被保險人未滿法定年齡 20 歲者,請法定代理人簽名 For applicant/insured under 20 years old, signature of the legal representative is required)	
法定代理人與要保人關係: _____ Relationship of Legal Representative to Applicant	
法定代理人與被保險人關係: _____ Relationship of Legal Representative to Insured	
法定代理人簽名: _____ Signature of Legal Representative	
公證人簽名: Signature of Notary Public	

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(Date: Year /Month/Day)