



國泰人壽

國泰人壽新旅行平安保險通用版要保書

傳真個人信用卡件

101.04.20 國壽字第 101040503 號函備查 114.10.15 國壽字第 114010000 號函備查

投保管道	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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"/> 臨櫃投保			
<input type="checkbox"/> 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。  
 ※要保人可透過本公司服務電話(市話免費撥打：0800-036-599、付費撥打：02-4128-010)或國泰人壽網站(www.cathaylife.com.tw/cathaylife/)、總公司、分公司及通訊處所提供之電腦查詢資訊公開說明文件。

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 <u>114</u> 年 <u>12</u> 月 <u>29</u> 日 <u>6</u> 時起，共計 <u>5</u> 天(以臺灣標準時間為準)
旅行目的地	<input checked="" 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 <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 (適用傳真投保簽約件)	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：本公司因特殊狀況無法提供電子保單時，得改提供紙本保單。				

三、要保人及被保險人聲明事項：

- (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、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(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 (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 被保險人之法定繼承人如下表所列					
身分證或 護照號碼	國籍 (本國人 免填)	姓名及親屬 (被保險人為未滿 7 歲/受監護宣告 者，由法定代理人 /監護人代簽。)	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	海外突發疾病醫 療健康保險附約 (型別)/限額	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	65/10/02	<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	500 萬	100 萬	丙 型 100 萬	王小美	夫妻	X222666888 67/08/06		<input checked="" type="checkbox"/> 同要保人
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	萬	萬	萬					<input type="checkbox"/> 同要保人
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	萬	萬	萬					<input type="checkbox"/> 同要保人
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	萬	萬	萬					<input type="checkbox"/> 同要保人

※法定代理人(被保險人為未成年者/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相關規定。  
 ※身故保險金受益人如係分別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福團體時，要保人應主動通知該社福，申請保險金應檢具文件請上本公司網站或撥打服務電話。

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，以未滿十五歲之未成年者為被保險人，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。



要保人(單位)/代理人簽章

陳小強

※要保人為未滿 7 歲/受監護宣告者，由法定代理人/監護人代簽。

法定代理人/監護人/輔助人簽章

※要保人為未成年/有監護人或輔助人者，法定代理人/監護人/輔助人須簽名。

民國 114 年 5 月 25 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
XXXXXXX	王大明	1111666888	0968168168

受理	服務據點	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 (限要保人、被保險人或受益人)	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
<input type="checkbox"/> 帳號扣款	銀行別或代號(7碼)	銀行帳號	
<input checked="" type="checkbox"/> 信用卡：	發卡銀行：	國泰世華銀行	信用卡卡別 <input type="radio"/> VISA <input checked="" type="radio"/> MASTER <input type="radio"/> JCB <input type="radio"/> 聯合信用卡
	信用卡卡號	5555 - 8888 - 6666 - 3333	
	到期日	05 月 29 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抵觸者不適用。

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。

陳小強

申請日期：民國 114 年 05 月 25 日

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: 陳小強 簽名

法定代理人/監護人/輔助人: \_\_\_\_\_ 簽名

(註:未滿7歲/受監護宣告者,由法定代理人/監護人代簽;未成年/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 114 年 05 月 25 日



要保人(單位)/代理人簽章



※要保人為未滿 7 歲/受監護宣告者，由法定代理人/監護人代簽。

法定代理人/監護人/輔助人簽章

※要保人為未成年/有監護人或輔助人者，法定代理人/監護人/輔助人須簽名。

民國 114 年 5 月 25 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
XXXXXXX	王大明	1111666888	0968168168

受理	服務據點	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 (限要保人、被保險人或受益人)		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抵觸者不適用。

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

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7歲/受監護宣告者,由法定代理人/監護人代簽;未成年/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 114 年 05 月 25 日