



中國信託金控

台壽保產險

台壽保產物旅行平安保險要保書

104.08.04(104)台壽保產險商品字第0050號函送保險商品資料庫

105.01.22依金融監督管理委員會104年12月31日金管保產字第10402148310號函修正

有關本公司資訊公開說明，歡迎查閱本公司網站(<http://www.itg-insurance.com>)，或親臨本公司台北市中正區許昌街17號18樓之1或各分支機構洽詢。本公司免費申訴電話:0800-075-777。

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。

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。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。

保險單號碼：		字第		號	
保 險 期 間		自民國		年 月 日 時起至民國	
旅 遊 地 區		總 投 保 人 數		共 人	
姓 名		代 表 人		要保人為公司/機關者 請加填 代表人 姓名	
身 分 證 號 碼		性 別		出 生 日 期	
聯 絡 電 話		行 動 電 話		年 月 日 年 齡 歲	
住 所		與(主)被保險人關係			
(主) 姓 名		□同要保人		出 生 日 期	
身 分 證 號 碼		性 別		年 齡 歲	
聯 絡 電 話		行 動 電 話			
住 所		□同要保人住所 □□□		是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？(請勾選) □是(請提供) □否	
姓 名		與(主)被保險人關係		電 話	
身 分 證 號 碼		性 別		行 動 電 話	
住 所		□同要保人住所 □□□		□同要保人住所 □同(主)被保險人住所 □□□	
<p>身故受益人金</p> <p>※受益人超過1人時請詳述保險金分配及順序方式，若無註明則以均分辦理。 ※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。</p>					
保險金額					
幣別/單位：新臺幣/元					
旅行平安保險-身故及殘廢 (限滿15足歲以上者投保適用)		旅行平安保險-殘廢 (限未滿15足歲者投保適用)		傷害醫療 保險金	
搭 乘 公 共 交 通 工 具 限 額 給 付		保 險 費			
萬		萬		萬	
<p>1. 被保險人是否有在其他保險公司投保商業傷害醫療保險給付實支實付型商品？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>2. 被保險人是否有在其他保險公司投保旅行平安保險？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是 共 家，保險金額：</p>					
【要保人與被保險人聲明事項】					
<p>1. 本人(被保險人)同意台壽保產物保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。</p> <p>2. 本人(被保險人、要保人)同意台壽保產物保險股份有限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。</p> <p>3. 本人(被保險人、要保人)同意台壽保產物保險股份有限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。</p> <p>4. 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台壽保產物保險股份有限公司兩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台壽保產物保險股份有限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，而台壽保產物保險股份有限公司仍承保者，台壽保產物保險股份有限公司對同一保險事故仍應依各該類別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知台壽保產物保險股份有限公司者，同意台壽保產物保險股份有限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。</p>					
<p>※本人(要保人)已審閱貴公司「保單條款樣本或影本」及「投保人須知」及「要保書填寫說明」。</p> <p>※本人已知悉並明瞭「台壽保產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」(92.12.29 財政部台財保第0920073327 號函核准(公會版)、105.01.22 依金融監督管理委員會104年12月31日金管保產字第10402148310 號函修正) 條款之內容及約定。</p>					
要 保 人 簽 名：		法 定 代 理 人 簽 名 / 關 係：		要 保 日 期：	
(主)被保險人簽名：		(要/被保險人未滿20歲者需其法定代理人簽名)		民 國 年 月 日	
核 保		初 核 / 輸 入		服 務 人 員	
單 位		登 錄 字 號		姓 名	
業 務 來 源 (代 號)：				安 業 保 代	

-----以下非屬要保書內容-----

台壽保產物旅行平安保險被保險人投保名冊

幣別/單位：新臺幣/元

序號	被保險人					身故保險金受益人		保險金額				保險費	
	姓名暨簽名 /法定代理人簽名 【註一】	身分證號	性別	住所	是否有在其他 保險公司投保 商業傷害醫療 保險給付實支 實付型商品？	是否領有身心 障礙手冊或身 心障礙證明？ (請勾選)如勾 選是者,請提供	姓名/ 與被保險人關係	電話/ 聯絡地址	旅行平安保險		傷害醫療 保險金		搭乘公共 交通工具 限額給付
		出生日期	年齡						身故及殘廢 保險金 (限滿 15 足歲以上)	殘廢 保險金 (限未滿 15 足歲)			
1			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歲	<input type="checkbox"/> 同要保人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 () □□□	萬	萬	萬	萬	
2			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歲	<input type="checkbox"/> 同要保人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 () □□□	萬	萬	萬	萬	
3			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歲	<input type="checkbox"/> 同要保人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 () □□□	萬	萬	萬	萬	
4			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歲	<input type="checkbox"/> 同要保人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 () □□□	萬	萬	萬	萬	
5			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歲	<input type="checkbox"/> 同要保人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 () □□□	萬	萬	萬	萬	
6			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歲	<input type="checkbox"/> 同要保人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 () □□□	萬	萬	萬	萬	
7			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歲	<input type="checkbox"/> 同要保人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 () □□□	萬	萬	萬	萬	
8			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歲	<input type="checkbox"/> 同要保人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 () □□□	萬	萬	萬	萬	
9			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歲	<input type="checkbox"/> 同要保人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 () □□□	萬	萬	萬	萬	
10			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歲	<input type="checkbox"/> 同要保人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 () □□□	萬	萬	萬	萬	

【註一】被保險人未滿 20 足歲者,其法定代理人須共同簽名。

※要保人如另有提供投保人員名冊,則無須填寫上開名冊,但仍須被保險人以書面同意訂立本契約,以符合保險法第 105 條規定。

