

# 臺銀人壽旅行平安保險要保書

107.09.14壽險契行字第1070740135號函備查  
113.08.30依113.06.25金管保綜字第1130422474號函修正

保單號碼：

保單寄送方式：☐要保人住所 ☐送件單位轉交

※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。  
※本公司資訊公開說明文件，歡迎至本公司網站 <https://www.twfhlife.com.tw> 查閱；如需書面文件請電洽免付費服務電話 0800-011966 或至本公司總分支機構索取。  
※本商品為保險商品，依保險法及相關規定受保險安定基金之保障。本商品非銀行存款，無受存款保險之保障。  
※若要保人以書面通知本公司被保險人非因本契約所約定之保險事故身故致本契約終止時，本公司應從已繳保險費扣除已經過期間之保險費後，將其未到期保險費退還要保人。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |                                                                                                                                                              |                         |                                                      |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|-------|--|
| 被<br>保<br>人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 姓 名                                                   |                                                                                                                                                              |                         |                                                      | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 身 分 證<br>統 一 編 號                                                                                                               |     |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 出 生 日 期                                               | 民國                                                                                                                                                           | 年                       | 月                                                    | 日   | 保 險 年 齡                                               | 歲                                                                                                                              | 電 話 |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 住 所                                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                   |                         |                                                      |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 目前是否受有監護宣告？(如勾選是者，請提供相關證明文件。)                                                                                                                                |                         |                                                      |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |
| 要<br>保<br>人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 與被保險人關係                                               | <input type="checkbox"/> 本人(可僅填電子郵件信箱)；被保險人之 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 |                         |                                                      |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 姓 名                                                   |                                                                                                                                                              |                         |                                                      | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 身 分 證<br>統 一 編 號                                                                                                               |     |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 出 生 日 期                                               | 民國                                                                                                                                                           | 年                       | 月                                                    | 日   | 電 話                                                   |                                                                                                                                |     |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 住 所                                                   | <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 或 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                |                         |                                                      |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |
| 投<br>保<br>內<br>容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 旅行地點                                                  | <input type="checkbox"/> 國內 地點： 或 <input type="checkbox"/> 國外 地點：                                                                                            |                         |                                                      |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 保 險 期 間                                               | 自民國 年 月 日 時起<br>至民國 年 月 日 時止，共 天                                                                                                                             |                         |                                                      |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 保 險 金 額                                               | 萬元                                                                                                                                                           | 附                       | <input type="checkbox"/> 意外傷害醫療給付 保額 萬元 保費 元         |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  | 保險費合計 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 保 險 費                                                 | 元                                                                                                                                                            |                         | <input type="checkbox"/> 海外突發疾病醫療給付(限國外旅遊)保額 萬元 保費 元 |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |
| 受<br>益<br>人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 就本次旅程，被保險人是否已投保其他旅行平安保險？(無則免填) 公司名稱： 保險金額： 萬元         |                                                                                                                                                              |                         |                                                      |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ※若依契約條款規定無該項保險金時，雖於受益人欄填寫受益人姓名仍不生效力。                  |                                                                                                                                                              |                         |                                                      |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 給 付 項 目                                               | 姓 名                                                                                                                                                          | 出 生 日 期/<br>註 冊 設 立 日 期 | 身 分 證 統 一 編 號                                        | 國 籍 | 與 被 保 險 人<br>關 係                                      | 分配方式                                                                                                                           |     |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 身故保險金                                                 |                                                                                                                                                              |                         |                                                      |     |                                                       | *分配方式若未勾選，則推定為均分。<br><input type="checkbox"/> 均分<br><input type="checkbox"/> 順位 (請註明順序)<br><input type="checkbox"/> 比例 (請註明比例) |     |  |       |  |
| 聲<br>明<br>事<br>項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 身故保險金 姓名/地址/電話：                                       |                                                                                                                                                              |                         |                                                      |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 受益人地址 電話填寫欄位                                          |                                                                                                                                                              |                         |                                                      |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |
| <p>※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> <p>要保人與被保險人向臺銀人壽保險股份有限公司（以下稱貴公司）聲明同意下列各項：</p> <p>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。</p> <p>2. 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。</p> <p>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。</p> |                                                       |                                                                                                                                                              |                         |                                                      |     |                                                       |                                                                                                                                |     |  |       |  |

☐已審閱 「要保書填寫說明」、「保單條款樣本或影本」、「投保人須知」及「臺銀人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項」。

本人（要保人、被保險人）於投保前已詳閱本要保書告知及聲明事項之內容，確實了解貴公司對告知及聲明事項所作之完整說明並願意投保，確認簽名如下：

|            |                                                   |                                                    |                                                    |
|------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 申請日期時間     | 要保人簽名                                             | 被保險人簽名                                             | 法定代理人簽名                                            |
| 民國 年 月 日 時 | 未滿7足歲或受監護宣告者，由法定代理人(監護人)代簽；7歲(含)以上未成年者，由要保人本人親自簽名 | 未滿7足歲或受監護宣告者，由法定代理人(監護人)代簽；7歲(含)以上未成年者，由被保險人本人親自簽名 | (與要保人或被保險人關係： )<br>要／被保險人未成年或受監護宣告者，需其法定代理人(監護人)簽名 |



為提高辨識效果，敬請使用正楷填寫，如有塗改，請要保人於塗改處簽名。

| 通路代號 | 單位代號 | 招攬人員簽名 | 業務員登錄字號 /<br>執業證書號碼 | 保經、代公司簽章 /<br>通訊處單位主管 |
|------|------|--------|---------------------|-----------------------|
|      |      |        |                     |                       |



\* A 0 1 0 2 8 0 3 \*