



國泰人壽

國泰人壽新旅行平安傷害醫療保險(無身故給付)通用版要保書

110.12.01 國壽字第 1100120042 號備查

112.02.23 國壽字第 1120020267 號函備查

投保管道	<input type="radio"/> 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 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="radio"/> 臨櫃投保		
<input type="radio"/> 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。
 ※要保人可透過免費服務電話(市話免費撥打：0800-036-599、付費撥打：02-21626201)或國泰人壽網站(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：※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_____年_____月_____日_____時起，共計_____天(以臺灣標準時間為準)
旅行目的地	<input type="checkbox"/> 中國大陸(含香港、澳門地區) <input 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)/ 集體發單件代理人	(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		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 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	(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)	
E-mail	(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	(適用傳真投保且必填)	
通訊地址	□□□			
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、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、被保險人暨投保金額：※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，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)		
身分證或 護照號碼	國籍 (本國人 免填)	姓名及親簽 (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	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	附加海外醫療 專機運送服務 (須填寫本服務 重要告知事項)
				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	萬	型 萬	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	萬	型 萬	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	萬	型 萬	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	萬	型 萬	<input type="checkbox"/>

※法定代理人(被保險人為未成年人/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)

就本次旅程，被保險人是否已投保其他旅行平安傷害醫療保險?(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」。

※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



11201 版



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 年 月 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

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



700012



11201 版

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 _____ 年 _____ 月 _____ 日



700013



11201 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