

保單號碼：
保單寄送方式：☐要保人住所 ☐送件單位轉交

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

※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 <http://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。

被保險人	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號														
	出生日期	民國	年	月	日	保年險齡		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。)																	

要保人	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"/>																	
	電子郵件信箱		國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____															

投保內容	旅行地點	<input type="checkbox"/> 國內 地點：_____ <input type="checkbox"/> 國外 地點：_____																	
	保險期間	自	民國	年	月	日	時	起	共計投保	天(台灣標準時間)									
	保險金額	萬元	附約	<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															元
	就本次行程，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								

受益人	※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/註冊設立日期	身分證統一編號	國 籍	與被保險人關係	分配方式												
	身故保險金						*分配方式若未勾選，則推定為均分。 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位(請註明順序) <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)												
	身故保險金受益人地址	姓名/地址/電話：_____																	
	電話填寫欄位	※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。																	

聲明事項
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：
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。
2. 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。
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。

☐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足歲者，由法定代理人代簽	未滿7足歲者，由法定代理人代簽	(與要保人或被保險人關係：____) 要被保險人未滿20足歲者，需其法定代理人簽名

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	業 務 員 簽 名/ 招攬之保險經紀人或保險代理人簽名	業 務 員 登 錄 字 號/ 執業證書號碼	保 險 經 代 簽 署 章/ 通 訊 處 單 位 主 管