

遠雄人壽旅行平安保險要保書

※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。

※若欲查閱公司資訊公開說明文件請至本公司網站：<http://www.fglife.com.tw>；消費者亦可親至本公司總公司或分支機構查閱，及索取書面資訊公開說明文件。免費申訴電話：0800-083-083。

費率別：☐一般個人投保件 ☐集體投保件(J) ☐專案活動件(A) ☐其他：_____ 報備號碼：_____
續保件前件保單號碼：_____ 申請日期：_____

要保人 Applicant		國 籍 Nationality	
身分證字號/統一證號 ID.No.		電話 Tel：_____ 手機：_____	
出生日期(民國) Birthday		地址 Address：□□□□□	
性 別 SEX ☐ 男 ☐ 女		旅行地點 Visiting Place：出發地由 _____ 至 _____（國家/地區）	
被保險人與要保人關係 Relationship With Applicant		保險始期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分起，共 _____ 天（一日以 24 小時計） Insured Period (Year) (Month) (Date) (Time) (Minutes) (Total Days)	
保戶繳費時間：_____ 年 _____ 月 _____ 日 ☐ 上午 ☐ 下午 _____ 時 _____ 分		繳 費 方 式 ☐ 匯款 ☐ 其他_____	

被保險人姓名暨簽名 Signature of the Insured	國 籍 Nationality	身分證字號 統一證號 ID.No.	性別 SEX	身故保險金受益人 ☐ 均分 ☐ 順位 Beneficiary/Relationship with Insured	保單號碼				每人 保險費 Premium
					意外身故及失能(PTA)	意外傷害醫療(PTB)	旅行平安傷害醫療(PTI)		
		出生日期(民國) Birthday	目前是否受有 監護宣告？ ☐ 要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話(註 2)	姓 名 身分證字號 出生日期 聯絡地址 電 話	關 係	保額	保額	保額	保額
		/ /	☐ 男 ☐ 女 ☐ 否 ☐ 是（請提供相關證明文件）	姓 名 身分證字號 出生日期 聯絡地址 電 話	關 係	萬	萬	萬	萬 元
		/ /	☐ 男 ☐ 女 ☐ 否 ☐ 是（請提供相關證明文件）	姓 名 身分證字號 出生日期 聯絡地址 電 話	關 係	萬	萬	萬	萬 元
		/ /	☐ 男 ☐ 女 ☐ 否 ☐ 是（請提供相關證明文件）	姓 名 身分證字號 出生日期 聯絡地址 電 話	關 係	萬	萬	萬	萬 元
被保險人共 _____ 人 Total of Insured (投保人數逾本表所列時，請另填旅平險被保險人名冊)		保險金額及保險費(NT\$) 合計 Total Insurance Amt (Premium)				萬	萬	萬	萬 元

註：1.受益人有兩人以上時，依序號決定受益順位，未記載序號時，視為同一順位，其保險金給付方式為均分。
2.身故保險金受益人如係身分分別之指定及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，作為日後受益人之通知依據。
3.指定被保險人之法定繼承人為受益人者，其順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。

投保史
一、被保險人是否已投保同業保險公司旅平險？☐否 ☐是—公司名稱：_____ 保額：_____ 期間：_____ 至 _____
二、被保險人是否已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（請勾選）。
1.實支實付型傷害醫療保險：☐否 ☐是—請說明公司名稱、險種及保額。說明：_____
2.實支實付型醫療保險：☐否 ☐是—請說明公司名稱、險種及保額。說明：_____

聲明事項
一、本人（被保險人）同意遠雄人壽保險事業股份有限公司（以下簡稱遠雄人壽）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）同意遠雄人壽將本要保書上所载本人資料轉送產、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）同意遠雄人壽就本人之個人資料，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、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遠雄人壽二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遠雄人壽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，而遠雄人壽仍承保者，遠雄人壽對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知遠雄人壽者，同意遠雄人壽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。

要保人親簽
Signature of Applicant
法定代理人／監護人親簽
Signature of Legal representative
身分證字號：_____ 國籍：_____ 出生日期(民國)：_____
ID.No. Nationality Birthday
(要保人/被保險人未滿二十歲時，需其法定代理人親簽確認；若被保險人目前為受有監護宣告之人，需由其監護人親簽確認)

業務助理受理章：_____ 業務員親簽：_____ 直屬主管簽章 或 _____ 核保：_____
單位代號／名稱：_____ 登錄證號碼(執業證號)：_____ 保經/保代簽署人章：_____

保險公司審核欄

TO：遠雄人壽團體保險部
TEL NO.：02-2758-3099 轉 1586 旅平險專案負責人
FAX NO.：02-2729-9345
要保團體名稱：_____
承辦人聯絡電話/分機：_____
傳真電話：_____

要保團體名稱：_____
要保團體編號：_____ 費率別:代號 _____ 型 _____ ◎要保公司 團體投保專用

注意事項
1.詳細投保金額限制及相關核保規定請參閱合約內容。相關投保規定若有調整仍依遠雄人壽公布之核保規定為主。
2.最遲請於「生效日時前」，傳真至保險公司。保險公司於生效日當日下午 5:30 前確認是否同意承保後回傳，本保險方有效。（若尚未收到保險公司回傳，請務必來電查詢，以免權益受損）。
3.團體最高承保總保額上限 6 億元(如保額超過 6 億元須事先向保險公司報備，同意後方可投保)。

遠雄人壽總公司 ☐受理承保 ☐無法受理 原因：_____
審核確認欄：_____ 經辦受理章：_____

遠雄人壽旅平險-信用卡付款授權書

請影印使用

申請日期： 年 月 日

申請人(要保人)	姓名及簽署 (須與要保書簽名樣式相同)																					
	電 話																					
	傳 真																					
授權人資料欄	持卡人姓名		身分證字號																			
	聯絡地址		出生日期	____年____月____日																		
	付款卡別	☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB ☐ 聯合信用卡																				
	卡 號	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 註：							-					-					-			
				-					-					-								
發卡機構	_____ 銀行																					
有效期限	西元 ____ 月 ____ 年 至 西元 ____ 月 ____ 年																					
授權人身分	☐ 要保人 ☐ 被保人 ☐ 受益人 ☐ 要/被保人之父母 ☐ 要/被保人之配偶 ☐ 要/被保人之子女 (※父母/配偶/子女請提供身分關係證明文件)																					
授權人簽名 (須與信用卡簽名樣式相同)	本人(信用卡授權人)同意支付保險費用新台幣_____元整。 簽名：_____																					

信用卡持卡人所投保之旅行平安險同意遠雄人壽保險事業股份有限公司授權向發卡公司給付足額保險費。

審 核 欄 【本欄由遠雄人壽填寫】

保單號碼			
主管		主辦人員	