

第一金人壽旅行平安保險要保申請文件 填寫注意事項

～申請投保前請先詳閱下列注意事項可幫助您減少照會、快速核保通過～

※申請文件請先傳真至

02-2348-4561

1. 要保人與被保險人關係限本人、父母、配偶、子女
2. 聯絡地址不可寫國外地址及郵政信箱
3. 保險期間（出發時間）不可早於傳真至第一金人壽時間
4. 受益人與被保險人關係須為配偶、父母、子女、法定繼承人
5. 被保險人 15 足歲以下者之費率與一般費率不同，建議使用建議書試算或查閱「第一金人壽旅行平安保險費率簡表」
6. 國內旅遊限 30 天，國外旅遊限 180 天
7. 被保險人 66 歲(含)以上不得附加海外突發疾病健康保險附加條款 (OHI)
8. 申請文件最末頁「旅行平安保險投保人須知暨個人資料蒐集、處理、利用告知事項」不需傳真至第一金人壽

(本頁不需傳真)

各險種投保規定摘要參考如下:

(1)旅行平安保險(TAA)主契約 (以 10 萬元為累進單位)

年 齡	最低投保金額	最高投保金額
15足歲(不含)以下	50 萬	200萬
15足歲 ~ 20歲		500萬
21歲 ~ 65歲		2,000萬
66歲 ~ 70歲		1,500萬
71歲 ~ 80歲		500萬
81歲以上		60萬

(2)旅行平安保險傷害醫療保險金附加條款 (TMR)

◎保額最低 1 萬元，最高不得超過 TAA 的 10% 。

◎保額以 1 萬元為累進單位。

(3)海外突發疾病健康保險附加條款 (OHI)

◎ 66 歲(含)以上不得附加。

◎保額最低 6 萬元，最高不得超過 TAA 的 10% 。

◎保額以 1 萬元為累進單位。

保單號碼：_____

要保人簽名	祝○安		身分證字號	Z2XXXXXXX0	申請日期	○○○/○○/○○
要/被保險人聯絡地址	郵遞區號○○市○○區○○路○○段○○號○○樓		出生日期	民國 67 年 1 月 1 日	聯絡電話	0987654321
旅遊地點	日本	交通工具	☒ 飛機、客輪 ☐ 遊覽車 ☐		繳費方法	☒ 匯款 ☐ 信用卡
同一行程是否投保其他保險公司旅行平安保險？ ☐ 否 ☒ 是，保險公司名稱 富邦人壽，保險金額 200 萬元 要保人及被保險人已收到並審閱貴公司所提供之「保單條款樣本」、「投保人須知」、「要保書填寫說明」、「個人資料蒐集、處理、利用告知事項」及業務員已確實出示合格招攬資格證件，並了解所繳保費為購買保險商品。..... ☒ 是 ☐ 否						

■查閱本公司資訊公開說明文件，請連結網址：
行程出發日期(保單生效日) 或洽詢客服專線：
不可早於申請日期。 本公司櫃檯索取。
■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，本公司將依法追究。繳費可能不利消費者，務請詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。

※投保時請詳閱要保人、被保險人聲明事項、投保注意事項及投保計畫說明之文字內容。

被保險人				身故保險金受益人(身故保險金受益人指定二位(含)以上時請填順位或比例，若未填寫順位或比例，則視為均分辦理)				計畫別(註)	其他(填寫計畫別者，此欄免填)			保險費	
簽名	出生日期	身分證字號	與要保人關係	姓名(順位/比例)	身分證字號	出生日期(民國/年/月/日)	與被保險人關係	聯絡電話 / 聯絡地址	TAA(註)	TMR(註)	OHI(註)		
祝○安	67 / 1 / 1	Z2XXXXXXX0	夫妻	法定繼承人				☒ 同要保人 或	計畫 C	萬	萬	萬	714 元
呂○順	65 / 08 / 12	A1XXXXXX3		呂○恩	A2XXXXXX66	85/3/8	父子	☒ 同要保人 或	計畫	600 萬	60 萬	60 萬	462 元
請被保險人親簽				若身故保險金受益人為兩人以上，請填寫身故保險金分配方式、順位及比例。 身故受益人若為法定繼承人，請填寫「法定繼承人」文字。 若為指定受益人，請填寫受益人姓名、身分證字號、出生日期及與被保險人關係。				身故受益人為指定姓名者，請填寫聯絡電話及地址，若不願意填寫聯絡電話及地址時，請勾選「同要保人」；身故受益人如指定法定繼承人者，不需另行填寫聯絡電話及地址。					
				要、被保險人若為未成年者，請法定代理人簽名並註明關係				☒ 同要保人 或	計畫	萬	萬	萬	元
法定代理人簽名要、被保險人未滿7歲者，需其法定代理人簽名同意。(請註明未成年者姓名及關係)								☒ 同要保人 或	計畫	萬	萬	萬	元
被保險人共計 2 人								◎要、被保人請親簽中文全名，未滿7足歲者，請由法定代理人代為簽名。 ◎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。				合計金額	1176 元

業務員簽名(執業之保險經紀人或保險代理人為業務招攬時，請於業務員欄簽名)	登錄證字號	分行傳真號碼	保代/保經簽署人章	保險公司受理日期
1. 曾○○	1. 0XXXXXXX8	請分行填寫傳真號碼	○○保險代理人簽署人○○○章	第一金人壽收訖章
2. 金○○	2. 0XXXXXXX9			

第 1 頁，共 2 頁



TAA1_10705 版

若有協銷人員，再行填寫資料

要保人、被保險人聲明事項：

- 本人(被保險人)同意第一金人壽保險(股)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。
- 本人(被保險人、要保人)同意第一金人壽保險(股)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。
- 本人(被保險人、要保人)同意第一金人壽保險(股)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。

投保注意事項

- 身故保險金或喪葬費用保險金受益人，詳如要保明細表（若指定被保險人之法定繼承人為身故保險金或喪葬費用保險金受益人，其順序及應得保險金之比例適用民法繼承編規定）。
- 其他保險金受益人之約定，請詳閱保單條款。
- 附加海外突發疾病健康保險之被保險人身故致本附加條款效力終止時，不論是否已給付任何一種保險金，本公司應按已繳保險費扣除已經過時間之保險費後，將未滿期保險費退還要保人。

投保計畫別說明(註)

	TAA 旅行平安保險	TMR 旅行平安保險傷害醫療保險金 每次實支實付傷害醫療保險金限額	OHI 旅行平安保險海外突發疾病健康保險 海外突發疾病醫療保險金限額
計畫 A	200萬	20萬	20萬
計畫 B	500萬	50萬	50萬
計畫 C	1000萬	100萬	100萬
計畫 D	200萬	20萬	
計畫 E	500萬	50萬	
計畫 F	1000萬	100萬	



瞭解要保人及被保險人之需求及適合度分析評估暨業務員報告書 (TA)

若繳費方式勾選『信用卡』
請填寫「信用卡繳費授權書」

信用卡繳費授權書

要保人： 祝○安 被保險人： 呂○順 保單號碼：

- 招攬來源：☐分行行員/行眷 ☐金控子公司員工 ☒銀行客戶 ☐陌生客戶主動投保 ☐其他
- 投保目的及需求：☒旅遊 ☐遊學/留學 ☐商務差旅 ☐其他
- 家中主要經濟來源者為 ☐要保人 ☒配偶 ☐父母 ☐其他
- 身故受益人若非指定配偶、直系親屬或法定繼承人者請說明原因：
- 要保人(要保單位)、被保險人國籍

請依要保人(要保單位)、被保險人國籍
填寫，若有其他國籍，請勾是，並填寫

身故受益人若指定為兄弟姐妹
或其他「非」直系親屬或配偶，
請說明原因。

被保險人	要保人(要保單位)
被保險人國籍 ☐ 中華民國 是否擁有其他國籍 ☐ 否 ☐ 是	要保人國籍 ☐ 中華民國 是否擁有其他國籍 ☐ 否 ☐ 是
被保險人年收入(含薪資、紅利、利息、房租、投資等) ☐ 100萬以下 ☐ 101萬-200萬 ☐ 201萬-300萬 ☐ 301萬-500萬 ☐ 500萬以上	要保人年收入(含薪資、紅利、利息、房租、投資等) ☐ 100萬以下 ☐ 101萬-200萬 ☐ 201萬-300萬 ☐ 301萬-500萬 ☐ 500萬以上
	要保單位註冊國籍
	要保單位前一年度營業額

5人以上團體件，若保額大於500萬，請於被保險人
年收入欄位空白處填寫所有被保險人年收入區
間。例：被保險人年收入皆在XXX萬元~XXX萬元。

- 本人已評估要保人與被保險人確實瞭解保險需求及保費、保額及保障需求間之適當性 ☒是 ☐否
- 本人於招攬時已親晤要保人、被保險人及確認親簽，並核對要保人及被保險人之身分證明文件與要保書填寫內容相符及已確認要保人、被保險人、受益人及法定代理人之身分及關係。..... ☒是 ☐否
- 本人已確認被保險人同意受益人之指定或變更。..... ☒是 ☐否
- 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？..... ☒否 ☐是
(是，請說明居住國家(地區))
- 要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)？..... ☒否 ☐是
(是，請說明)
- 要保人購買保險商品時，是否對於保障內容、給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高借款、解約或變更受益人等程序？..... ☒否 ☐是

請確實詳閱並勾選，
若說明請填寫於下方空白列

注意：(1)本公司依規範需進行電訪時，將優先以客戶行動電話進行，若客戶未接，將與銷售人員聯絡，再進行後續電訪程序，敬請協助辦理，謝謝！
(2)本公司提供通知類文件的電子化服務，請客戶多加利用。(3)至於依條款及規定需以書面寄發的文件，將郵寄至要保人之聯絡地址，請協助注意該地址正確性及客戶收件的方便性。(4)銷售人員若有其他補充事項，煩請註明，以利後續處理，謝謝。

業務員(招攬人員)簽名(執業之保險經紀人或保險代理人為業務招攬時，請於業務員欄簽名)	登錄證字號	分行名稱/分行代號	保代簽署章	保險公司受理日期
1 曾○○	0XXXXXXX8	○○/○○○	○○保險代理人 簽署人○○	第一金人壽 收訖章
2 金○○	0XXXXXXX9	中華民國 ○○○年○○月○○日		

信用卡資料
持卡人姓名
身分證字號
同要保人 ☐
同要保人 ☐
同要保人 ☐
持卡人與要保人關係(身分)： ☐ 要保人 ☐ 被保險人 ☐ 受益人
發卡銀行 ☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB ☐ 聯合信用卡
信用卡卡號： - - - - -
有效期限(西元)： 月 年
※信用卡資料欄，如有塗改，請持卡人簽章。
持卡人已詳閱並同意本授權書之各項約定條款
須與信用卡之簽名樣式相同
1. 本授權書僅授權繳交本次投保之保險費之用，不另作其他用途。 2. 本授權書恕無法指定請款日期。 3. 持卡人同意本公司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。



第一金人壽 107年4月版

旅行平安保險投保人須知

一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。

保險業務員管理規則第六條規定：「業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。」如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、保險期間的始日與終日：本契約的保險期間，以本契約保險單上所載日時為準。

三、除外責任

被保險人因下列原因致成死亡、殘廢或或傷害時，本公司不負給付保險金的責任。

1. 要保人、被保險人的故意行為。
2. 被保險人犯罪行為。
3. 被保險人飲酒後駕（騎）車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。
4. 戰爭（不論宣戰與否）、內亂及其他類似的武裝變亂。
5. 非以乘客身分搭乘航空器具或搭乘非經當地政府登記許可之民用飛行客機者。
6. 因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。
7. 健康保險之除外責任請詳見附加條款之約定。

四、不保事項

被保險人從事下列活動，致成死亡、殘廢或傷害時，本公司不負給付保險金的責任，

1. 被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。
2. 被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。

五、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知道你投保的內容，及維護你的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

六、被保險人為未滿 15 足歲之未成年人，或精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者，其身故保險金給付之限制。

- （一）訂立本契約時，以未滿十五足歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五足歲之日起發生效力。
- （二）訂立本契約時，以精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者為被保險人，其喪葬費用保險金額總和（不限本公司），不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。
- （三）前開內容在旅行平安保險保單條款都有詳細規定，可以參閱。（詳保單條款）

七、本保險商品受保險安定基金之保障。

保險安定基金之保障適用於依我國法律設立許可之本（外）國人壽保險業在我國境內銷售之有效保險契約，但不包括下列契約：

- （一）未經我國法令許可之保險業在國內所銷售之保險契約。
- （二）國內壽險業之國外（總）分支機構在國外銷售之保險契約。
- （三）保險商品之專設帳簿部分。
- （四）依據勞工退休金條例年金保險實施辦法規定銷售之勞退企業年金保險契約及勞退個人年金保險契約。

八、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：

要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定先向保險業提出申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向爭議處理機構申請評議。

◎附註：本投保人須知僅供參考，有關之權利義務仍請詳閱契約條款之約定。

第一金人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

第一金人壽保險股份有限公司(下稱本公司)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 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、 蒐集之目的：

- （一） 人身保險（00一）。
- （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：

- （一） 姓名。
- （二） 出生年月日及身分證統一編號。
- （三） 地址及電話等聯絡方式。
- （四） 病歷、醫療、健康檢查。
- （五） 其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。

三、 個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）。

- （一） 要保人。
- （二） 當事人之法定代理人、輔助人。
- （三） 各醫療院所。
- （四） 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、 個人資料利用之期間、對象、地區、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：本公司、第一金融控股股份有限公司之其他子公司、合作推廣 台端保險契約之保險代理人/保險經紀人、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、財團法人保險犯罪防制中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、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。

五、 依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之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。
- （二） 行使權利之方式：以書面、電子郵件、傳真。

六、 台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

註：本公司履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。