



112.02.01 中國信託產險字第1122510015號函備查

有關本公司資訊公開說明，歡迎查閱本公司網站(<https://www.ctbcins.com>)，或親臨本公司台北市中正區許昌街17號18樓之1或各分支機構洽詢。  
本公司免費申訴電話:0800-075-777。  
本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業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。

保險單號碼：		字第		號			
保險期間		自民國		年 月 日 時起至民國			
旅遊國家		<input type="checkbox"/> 歐洲申根		<input type="checkbox"/> 英文投保證明(另填英文姓名、護照號碼)			
旅遊目的		<input type="checkbox"/> 觀光 <input type="checkbox"/> 出差 <input type="checkbox"/> 遊學 <input type="checkbox"/> 其它(請註明)		旅遊方式 <input type="checkbox"/> 飛機 <input type="checkbox"/> 遊覽車 <input type="checkbox"/> 輪船 <input type="checkbox"/> 火車 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 其它(請註明)			
要保人	姓名/要保單位		代表人		(要保人為公司/機關者，請加填代表人姓名)		
	身分(居留)證號/統一編號		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期 年 月 日 年齡 歲		
	聯絡電話		行動電話		國籍 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍		
	聯絡地址		□□□				
	保單寄送方式		<input type="checkbox"/> 電子保單(須填行動電話或E-mail);請支持環保愛地球		E-mail		
		<input type="checkbox"/> 紙本保單搭配QR Code條款(條款於保單中以QR Code或網址提供)		(電子保單寄送，行動電話或E-mail為二擇一必填)			
(主)被保人	姓名		<input type="checkbox"/> 同要保人		國籍 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍		
	身分(居留)證號		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期 年 月 日 年齡 歲		
	聯絡電話		行動電話		E-mail		
	聯絡地址		<input type="checkbox"/> 同要保人住所		與要保人關係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 僱傭 <input type="checkbox"/> 其它		
身故保險金受益人	身故保險金受益人： <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(受益人超過1人時請詳述保險金分配比例及順位序號，若無註明則以均分辦理。)						
	姓名	身分證字號	與主被保險人關係	國籍 外籍需註明國籍	均分 順位 比例	聯絡電話	
				<input type="checkbox"/> 本國		<input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同主被保險人住所	
				<input type="checkbox"/> 本國		<input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同主被保險人住所	
				<input type="checkbox"/>			
身故保險金受益人如係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。							
<b>承保項目 / 保險金額</b>							
意外身故或喪葬費用及失能保險金 (限滿15足歲以上者適用)		萬		海外突發疾病住院醫療費用保險金 萬			
傷害醫療保險金		萬		海外突發疾病門診醫療保險金 限額為海外突發疾病住院醫療費用保險金之1%			
重大燒燙傷保險金		限額為旅行平安保險金之15%		海外突發疾病急診醫療保險金 限額為海外突發疾病住院醫療費用保險金之1%			
搭乘公共交通工具額給付 (限滿15足歲以上者適用)		限額為旅行平安保險金之20%					
<input type="checkbox"/> 意遊保個人旅行綜合保險(限旅行目的地為海外旅遊地區者投保)							
旅行不便保險	旅程取消保險	120,000/限額	綜合保險承保項目	個人責任保險	1,000,000/限額	信用卡盜用損失補償保險金保險	50,000/限額
	班機延誤保險(註1)	5,000/定額		劫機慰問金保險	100,000/定額	班機改降補償金保險	2,000/定額
	旅程更改保險	120,000/限額		食物中毒慰問金保險	3,000/定額	竊盜損失保險	5,000/定額
	行李延誤保險(註2)	5,000/定額		緊急救援費用保險(註3)	300,000/限額	註1：每滿4小時給付5,000元，上限5,000元 註2：延誤超過6小時 註3：雜支費用以3萬元為限	
	行李損失保險	8,000/定額		現金竊盜損失慰問金	3,000/定額		
	旅行文件損失保險	5,000/定額		旅行期間居家竊盜補償金保險	50,000/限額		
	1. 被保險人是否有在其他保險公司投保商業傷害醫療保險給付實支實付型商品？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 2. 被保險人是否有在其他保險公司投保旅行平安保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 共 家，保險金額： 3. 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請提供相關證明文件)						
<b>【要保人被保險人聲明事項】</b>							
1. 本人(被保險人)同意中國信託產物保險股份有限公司得蒐集、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)同意中國信託產物保險股份有限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。 3. 本人已審閱並瞭解貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。 4. 本人(被保險人、要保人)同意中國信託產物保險股份有限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。 5. 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中國信託產物保險股份有限公司兩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中國信託產物保險股份有限公司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，而中國信託產物保險股份有限公司仍承保者，中國信託產物保險股份有限公司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中國信託產物保險股份有限公司者，同意中國信託產物保險股份有限公司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。							
※本人(要保人)已審閱貴公司「保單條款樣本或影本」及「投保人須知」及「要保書填寫說明」。 ※本人已知悉並明瞭『中國信託產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款』(92.12.29 財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)、109.12.31 依金融監督管理委員會109年9月7日金管保產字第1090144145號函修正)條款之內容及約定。							
要保人簽名：		法定代理人簽名(關係)：			要保日期：		
(主)被保險人簽名：		(要/被保險人未成年者需其法定代理人簽名)			民國 年 月 日		
核保	初核/輸入	服務人員	業務員填寫欄			保險經紀(代理)人簽署	
			單位	登錄字號	業務員簽名		
			業務來源(代號)：				

以下非屬要保書內容

# 中國信託產物意遊保個人旅行綜合保險投保名冊

幣別/單位：新台幣/元

被保險人							身故保險金受益人			保險金額			保險費	
序號	姓名(暨簽名) (法定代理人簽名) 【註】	身分證號碼	性別	國籍	行動電話/E-mail	是否有在其他保險公司投保商業傷害醫療保險給付實支實付型商品? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	目前是否受有監護宣告(請勾選)? (如為是請提供相關證明文件) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	姓名 (ID/與被保險人關係)	國籍	電話/ 聯絡地址	意外身故或喪葬費用及失能保險金	傷害醫療保險金		海外突發疾病住院醫療費用保險金
		出生日期 (民國年)	年齡		住所								住所	
1			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人	萬	萬	萬	元
			歲		<input type="checkbox"/> 同要保人					電話： □□□				
2			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人	萬	萬	萬	元
			歲		<input type="checkbox"/> 同要保人					電話： □□□				
3			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人	萬	萬	萬	元
			歲		<input type="checkbox"/> 同要保人					電話： □□□				
4			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人	萬	萬	萬	元
			歲		<input type="checkbox"/> 同要保人					電話： □□□				
5			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人	萬	萬	萬	元
			歲		<input type="checkbox"/> 同要保人					電話： □□□				
6			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人	萬	萬	萬	元
			歲		<input type="checkbox"/> 同要保人					電話： □□□				
7			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人	萬	萬	萬	元
			歲		<input type="checkbox"/> 同要保人					電話： □□□				
8			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人	萬	萬	萬	元
			歲		<input type="checkbox"/> 同要保人					電話： □□□				
9			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人	萬	萬	萬	元
			歲		<input type="checkbox"/> 同要保人					電話： □□□				
10			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人	萬	萬	萬	元
			歲		<input type="checkbox"/> 同要保人					電話： □□□				

【註】被保險人未成年者，其法定代理人須共同簽名。



瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨招攬人員報告書 (A&H 適用)

要保單位 /要保人	名稱/ 姓名	負責人 姓名	負責人 身分證字號	
	法人註冊地 _____ 法人設立時間 _____ 是否已發行無記名股票 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否上市櫃公司 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本國人 <input type="checkbox"/> 外國人: 國籍 _____	客戶屬性: <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一 所列職業
被保險人	姓名	<input type="checkbox"/> 本國人 <input type="checkbox"/> 外國人: 國籍 _____	客戶屬性: <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一 所列職業

註一：專業服務提供者(律師、會計師、公證人等)、不動產經紀人/仲介、大使館、辦事處、領事館從業人員、寺廟/教會從業人員。  
以下行業及其董事、監察人、總經理或與其職責相當之人: 博弈產業/公司、軍火商/軍火行業、寶石及貴金屬交易商、藝術品/骨董交易商、拍賣公司或高單價產品行業、虛擬通貨平台及交易業務事業(虛擬通貨與新臺幣、外國貨幣及大陸地區、香港或澳門發行之貨幣間之交換業者、進行虛擬通貨之移轉業者、保管、管理虛擬通貨或提供相關管理工具業者、參與及提供虛擬通貨行或銷售之相關金融服務業者。)線上遊戲事業、第三方支付服務業、海運燃油業。

註二：本報告書之部份問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。

註三：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者：  
(1) 依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構：國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。  
(2) 要保人或被保險人為法人，接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新台幣五千萬元以上。

1、要保人年收入與其他收入  0-50 萬  51-100 萬  101-150 萬  151-200 萬  201 萬以上 \_\_\_\_\_ 萬  
被保險人年收入與其他收入  0-50 萬  51-100 萬  101-150 萬  151-200 萬  201 萬以上 \_\_\_\_\_ 萬  
被保險人為已婚者，請填寫家庭年收入，請詳述配偶之工作內容： \_\_\_\_\_  
被保險人為學生者，請填寫父母或法定代理人年收入，請詳述父母或法定代理人之工作內容： \_\_\_\_\_

2、要保人與被保險人投保目的及需求：增加保障 風險轉移 退休規劃 員工福利 其他 \_\_\_\_\_

3、本次投保的保險費支出來源為：(可複選) 薪資 股票或基金 房租或利息 舊保單解除或終止契約 貸款或保單借款 其他 \_\_\_\_\_

4、被保險人與業務員的關係是：親戚，關係 \_\_\_\_\_ 朋友，認識 \_\_\_\_\_ 年 他人介紹 陌生拜訪  
主動投保，請簡要說明招攬過程： \_\_\_\_\_ 其他 \_\_\_\_\_

5、家中主要經濟來源為被保險人之：本人 配偶 父母 子女 其他 \_\_\_\_\_

6、被保險人身體健康狀況：正常/普通 其他(肥胖、矮小、瘦弱、巨大、病容、肢端肥大、膚色潮紅、蒼白、黃疸、水腫、聾啞、步態不穩、機能障礙、盲、肢體缺損/畸形) ※請說明： \_\_\_\_\_

7、身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？若否，請說明原因 \_\_\_\_\_ 是 否

8、被保險人是否已投保(或正在投保)其他商業保險？ 是 否

9、過去一年要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上：若是，請說明居住國家(地區) \_\_\_\_\_ 是 否

10、要保人及被保險人投保前三個月內是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款之情形 是 否

11、要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內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)：若是，請說明 \_\_\_\_\_ 是 否

12、要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或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現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序 是 否

13、招攬人員已瞭解保險契約以電子保單形式出單者，至少應取得要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可足資傳遞電子文件之聯絡方式(保險契約係以電子保單型式出單者適用) 是 否

14、招攬人員已向要保人(單位)/被保險人詳細說明保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險 是 否

業務員招攬聲明事項：  
1、要保書之被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確經本人當面向要、被保險人說明並核對身分證件，且由要、被保險人親自填寫要保書及簽名無誤。  
2、本人向要、被保險人招攬時，已評估過要、被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額的相當性，要保人確已瞭解其所繳保費係用以購買保險商品，並於面見要、被保險人後作成本保險需求及適合度評估暨業務員報告書，如有不實致中國信託產險受損害時，願負賠償責任，特此聲明。

業務員補充說明：

招攬單位： \_\_\_\_\_ 業務員簽名： \_\_\_\_\_ 簽署人簽章： \_\_\_\_\_

※執業之保險代理人或保險經紀人，為業務招攬時，請於業務員欄簽章。 中華民國： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日