



113.09.20依金融監督管理委員會113年6月25日金管保綜字第1130422474號函修正

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。

保險單號碼：		字第		號			
保險期間		自民國		年			
月		日		時起至民國			
年		月		日			
時止(24小時制)		共計		天			
旅遊國家		總人數：		人 / 保險費合計：			
元		元		元			
旅遊目的		□觀光 □出差 □遊學 □其它 (請註明) _____		旅遊方式			
□飛機 □遊覽車 □輪船 □火車 □汽車 □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		□男 □女		
	聯絡電話		行動電話		國籍		
	聯絡地址		□本國 □外籍 _____				
	保單寄送方式		□電子保單(須填行動電話或E-mail):請支持環保愛地球		E-mail		
□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)被保險人	姓名		□同要保人		國籍		
	身分(居留)證號		性別		□本國 □外籍 _____		
	聯絡電話		行動電話		E-mail		
	聯絡地址		□同要保人住所		與要保人關係		
□□□		□□□		□本人 □配偶 □子女 □父母			
□□□		□□□		□僱傭 □其它			
身故保險金受益人: □法定繼承人 □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	
□本國		□本國		□本國		均分	
□本國		□本國		□本國		順位	
□本國		□本國		□本國		比例	
□本國		□本國		□本國		聯絡電話	
□本國		□本國		□本國		聯絡地址	
□本國		□本國		□本國		□同要保人住所 □同主被保險人住所	
□本國		□本國		□本國		□同要保人住所 □同主被保險人住所	
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。							
承保項目 / 給付項目 / 保險金額							
幣別/單位: 新台幣/元							
承保項目		給付項目			保險金額		
旅行平安保險		意外身故或喪葬費用及失能保險金			萬		
旅行平安保險傷害醫療保險金		傷害醫療保險金(實支實付型)			萬		
重大燒燙傷給付附加條款		重大燒燙傷保險金			限額為旅行平安保險金之15%		
搭乘公共交通工具限額給付附加條款		意外身故或喪葬費用及失能保險金			限額為旅行平安保險金之20%		
食物中毒慰問保險金附加條款(國內型)		食物中毒慰問金			2,000元/次		
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? □否 □是							
2. 被保險人是否有在其他保險公司投保旅行平安保險? □否 □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)? □否 □是(請提供相關證明文件)							
【要保人與被保險人聲明事項】							
1. 本人(被保險人)同意中國信託產物保險股份有限公司蒐集、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。							
3. 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。							
4. 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，申請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保險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		招攬人員填寫欄	
單位		登錄字號		招攬員簽名		保經、代公司簽章	
業務來源(代號):							

以下非屬要保書內容

中國信託產物旅行平安保險投保名冊

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) (若未指定則為法定繼承人)	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 (實支實付型)	
		出生日期 (民國年)	年齡		住所					同要保人 法定姓名/關係： <input type="checkbox"/>				同要保人 <input type="checkbox"/>
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	元	
			歲	_____	<input type="checkbox"/> 同要保人 法定姓名/關係： _____				_____	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	元	
			歲	_____	<input type="checkbox"/> 同要保人 法定姓名/關係： _____				_____	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	元	
			歲	_____	<input type="checkbox"/> 同要保人 法定姓名/關係： _____				_____	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	元	
			歲	_____	<input type="checkbox"/> 同要保人 法定姓名/關係： _____				_____	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	元	
			歲	_____	<input type="checkbox"/> 同要保人 法定姓名/關係： _____				_____	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	元	
			歲	_____	<input type="checkbox"/> 同要保人 法定姓名/關係： _____				_____	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	元	
			歲	_____	<input type="checkbox"/> 同要保人 法定姓名/關係： _____				_____	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	元	
			歲	_____	<input type="checkbox"/> 同要保人 法定姓名/關係： _____				_____	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	元	
			歲	_____	<input type="checkbox"/> 同要保人 法定姓名/關係： _____				_____	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	元	
			歲	_____	<input type="checkbox"/> 同要保人 法定姓名/關係： _____				_____	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 (旅平險適用)

要保單位 (法人)	法人名稱	負責人姓名			
	法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ 法人註冊日： _____ 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	
要保人 (自然人)		<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	<input type="checkbox"/> 同要保人姓名	<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		<input type="checkbox"/> 0-50萬 <input type="checkbox"/> 51-100萬 <input type="checkbox"/> 101-150萬 <input type="checkbox"/> 151-200萬 <input type="checkbox"/> 201-300萬 <input type="checkbox"/> 其他 _____萬			
被保險人年收入與其他收入		<input type="checkbox"/> 0-50萬 <input type="checkbox"/> 51-100萬 <input type="checkbox"/> 101-150萬 <input type="checkbox"/> 151-200萬 <input type="checkbox"/> 201-300萬 <input type="checkbox"/> 其他 _____萬			
2. 家中主要經濟來源為被保險人之		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
3. 本次投保的保險費支出來源為(可複選)		<input type="checkbox"/> 薪資 <input type="checkbox"/> 股票或基金 <input type="checkbox"/> 房租或利息 <input type="checkbox"/> 父母/二等親代繳 <input type="checkbox"/> 法人/機關團體 <input type="checkbox"/> 舊保單解除或終止契約 <input type="checkbox"/> 貸款或保單借款 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
4. 要保人與被保險人投保目的及需求		<input type="checkbox"/> 旅遊保障 <input type="checkbox"/> 風險轉移 <input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
5. 本要保件之招攬經過		<input type="checkbox"/> 招攬投保 <input type="checkbox"/> 職域開拓 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
6. 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				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
7. 被保險人是否已投保(或正在投保)其他商業保險？				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
8. 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) _____				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
9. 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				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
10. 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 _____				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
11. 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				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 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。 3. 本人已向要保人說明本次購買保險商品之承保範圍、除外不保事項、繳費方式及商品風險。 4. 本人已瞭解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)。					
業務員補充說明：					
招攬單位： _____ 招攬人員簽名： _____ 保經、代公司簽章： _____					
※個人執業之保經、代為業務招攬時，請於「招攬人員簽名欄」或「保經、代公司簽章欄」簽署。 中華民國： _____年 _____月 _____日					