

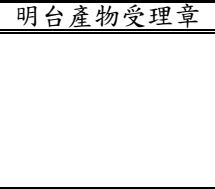


三井住友海上集團

明台產物保險股份有限公司

總公司：臺北市中正區仁愛路二段22號 電話：(02) 2772-5678 傳真：(02) 2772-6666

- ※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。
- ※資訊公開聲明：本公司為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益，有關本公司資訊公開說明事項，請至本公司網址(<https://www.msig-mingtai.com.tw>)查閱，或至本公司總分支機構查閱及索取資訊公開之書面文件。免費申訴電話：0800-099-080



明台產物旅行綜合保險(國外旅行適用)要保書

基本資料：【請以正楷填寫，如有塗改者，請要保人於塗改處簽名確認。】

112.07.12 明精字第 1120000923 號函備查

保險單號碼	旅遊地點	交通工具	<input type="checkbox"/> 飛機 <input type="checkbox"/> 輪船 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 遊覽車 <input type="checkbox"/> 其他
要保人/單位	身分證統一編號	出生日期	要、被保險人關係：
(主)被保險人	<input type="checkbox"/> 同要保人(被保險人資料免填) 等人 (一人以上者，詳被保險人名冊)	身分證統一編號	出生日期
要保人通訊地址	<input type="checkbox"/> 電子保單(本人同意設定電子保單，且不寄送紙本保單) *勾選電子保單行動電話或E-MAIL必填，若有缺漏則改發紙本		
被保險人通訊地址	電話： 行動電話： E-MAIL：		
身故保險金受益人	與被保險人關係： 地址： 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，做為日後身故保險金受益人之通知依據。		
航班資訊 (投保「旅行不便保險」之「班機延誤費用」項目填寫)	出發日期： 回程日期：	航空公司(含轉機)： 航空公司(含轉機)：	航空編號(含轉機)： 航空編號(含轉機)：
保險期間	自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止，共計 日(一日以24小時)		
承保範圍及項目	保險金額(新臺幣元)		
<input type="checkbox"/> 食物中毒慰問保險金	定額3,000元(給付一次為限)		
<input type="checkbox"/> 旅行平安保險	<input type="checkbox"/> 身故及失能保險金 (限滿15歲以上被保險人)	萬元	
	<input type="checkbox"/> 喪葬費用及失能保險金 (限未滿15歲被保險人，最高給付喪葬費用保險金69萬)	萬元	
	<input type="checkbox"/> 每次實支實付傷害醫療保險金限額	萬元	
<input type="checkbox"/> 海外突發疾病健康保險 ※依不同地區調整係數	海外突發疾病住院醫療保險金	100萬元	
	海外突發疾病門診醫療保險金	海外突發疾病醫療保險金限額之百分之五為限	
	海外突發疾病急診醫療保險金	海外突發疾病醫療保險金限額之百分之二十為限	
<input type="checkbox"/> 旅行法律責任保險金(每一意外事故自負額為損失金額之10%)	10萬元		
<input type="checkbox"/> 旅行不便保險	旅程取消保險金	10,000元	
	班機延誤保險金	(每)滿四小時給付新臺幣3仟元，最高給付金額為新臺幣6仟元，保險期間內以給付二次事故為限	
	旅程更改保險金	10,000元	
	行李延誤保險金	定額3,000元	
	行李損失保險金	定額5,000元(給付二次為限)	
<input type="checkbox"/> 旅行綜合保險	旅行文件損失保險金	定額5,000元	
	旅行期間居家竊盜保險金	5萬元	
	水上或陸上公共交通工具延誤保險金	滿四小時給付新臺幣3仟元，但同一出發地以給付一次為限，保險期間內以給付二次事故為限	
<input type="checkbox"/> 海外緊急救援費用保險	海外探視及特別處理費用保險金	5萬元	
	緊急醫療運送費用	150萬元	
	遺體或骨灰運返費用	90萬元	
安排未成年子女返國費用	6萬元		
總保險費(新臺幣元)			

告知事項：

被保險人有無投保其他保險公司之旅行平安保險？是 否被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？是 否 如勾選是者，請提供相關證明文件。

聲明事項：

- 本人(被保險人)同意明台產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及履歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意明台產物保險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。
- 本人(被保險人、要保人)同意明台產物保險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。

※本人已知悉並明瞭「明台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、107.08.31 依金融監督管理委員會 107 年 7 月 18 日 金管保壽字第 10704938160 號函修正)內容約定最高給付金額為新臺幣 200 萬元。

※本人(被保險人、要保人)已確認基本資料及聲明事項之內容。

※本人(要保人、被保險人)知悉保險商品之「要保書」、「條款」、及「投保須知」均於填寫要保書前至明台產險官網查詢或洽客服諮詢；於填寫要保書時，已經合理期間以上之審閱期間詳細審閱上開文件，且充分理解其內容，並同意遵守之。法定代理人簽章：_____

申請日期：中華民國 年 月 日

(未成年者須加簽法定代理人簽章)

此致 明台產物保險股份有限公司

要保人/要保單位簽章：_____

(主)被保險人簽章：_____

法定代理人簽章：_____

核定	輸入	統計單位	經手人代號	服務人代號	保經代簽署章	業務員簽名及登錄字號

瞭解要/被保險人之需求及其適合度分析評估暨業務員報告書 (旅平險適用)

要保人姓名: _____		被保險人姓名: _____ (與要保人同一人無須填寫)	
自然人	職業: <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職/行業 _____ (填代碼) 國籍: <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名)	職業: <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職/行業 _____ (填代碼) 國籍: <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名)	
法人	行業: <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一職/行業 _____ (填代碼) 法人負責人: _____ 法人註冊地: <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (國名)	行業: <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一職/行業 _____ (填代碼) 法人負責人: _____ 法人註冊地: <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (國名)	
法人發行無記名股票狀態: <input type="checkbox"/> 無發行 <input type="checkbox"/> 已發行 ; 法人是否訂有公司章程: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
註一職/行業: 01 律師、會計師、公證人, 或是其合夥人或受僱人。02 軍火商、不動產經紀人。03 當舖業、融資從業人員。04 寶石及金屬交易商。05 藝術品/骨董交易商、拍賣公司。06 基金會、協會/寺廟、教會從業人員。07 博奕產業/公司。08 匯款公司、外幣兌換所。09 外交人員、大使館、辦事處。10 虛擬貨幣的發行者或交易商。			
本保件之招攬經過? <input type="checkbox"/> 既有客戶 <input type="checkbox"/> 親戚介紹 <input type="checkbox"/> 朋友介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 要保人主動投保 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
要保人與被保險人投保目的及需求: (可複選) <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
本保件家中主要經濟來源者: <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 要保人之配偶 <input type="checkbox"/> 要保人之父母 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
本次投保的保險費來源為: <input type="checkbox"/> 薪資收入/公司紅利 <input type="checkbox"/> 投資收入 <input type="checkbox"/> 儲蓄 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 財產繼承/贈與 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 保單之解約金 <input type="checkbox"/> 其他, 請說明: _____			
一、要保人(要保人為法人時須填寫)			
要保單位前三年度平均營業額: <input type="checkbox"/> 100萬元以下、 <input type="checkbox"/> 100萬元-500萬元、 <input type="checkbox"/> 500萬元以上; 資本額: _____ 萬元 (要保單位為非營利團體, 如政府機構、學校、協會、基金會等免填營業額)			
二、要保人與被保險人財務狀況			
年收入級距代碼: A: 無收入 B: 50萬元以下 C: 51萬元-100萬元 D: 101萬元-200萬元 E: 201萬元-300萬元 F: 300萬元以上 (含薪資、紅利、利息、房租、投資等) *請依要/被保險人年收入對應代碼勾選			
		個人年收入	家庭年收入
要/被保險人姓名 _____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F	;	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F
被保險人姓名 _____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F	;	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F
被保險人姓名 _____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F	;	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F
被保險人姓名 _____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F	;	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F
被保險人姓名 _____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F	;	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F
*如配偶為「主要經濟來源者」, 請敘明配偶之工作內容 _____。			
*若累計同業投保金額超過被保險人家庭年收入 20 倍或保險費負擔、保障需求有明顯不相當之情形, 請說明原因及保險費來源 _____。			
*若身故受益人非指定為配偶、直系親屬, 或法定繼承人, 或其順位及應得比例非適用民法繼承編相關規定。請說明原因 _____。			
要保人是否投保其他商業保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
被保險人是否投保其他商業保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
過去一年內要保人/被保險人是否居住於中華民國境外超過半年以上?若有, 請說明居住國家(地區) _____。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
要保人或被保險人是否是現任(或前任)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			
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			
客戶於本契約投保前三個月內是否有辦理貸款、保單借款或保單解約? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
若是, 請勾選借款人/解約申請人為本契約之 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 實際繳交保險費之利害關係人			
業務員招攬聲明事項			
1. 本人向要、被保險人招攬時, 已確認要保人及被保險人符合投保之條件; 已向要保人及被保險人確認要保人與被保險人, 及被保險人與受益人之關係及身分; 已確認要保人、被保險人及受益人身分, 及要保人與被保險人所提供之身分證明文件(身分證、護照、駕照, 或其他足資證明其身分之文件等)與要保書填載之基本資料相符(至少應包含姓名、性別、出生年月日、身分證字號及聯絡方式; 若為法人者, 為法人之名稱、代表人、地址、聯絡電話); 已向要保人說明本次所繳交保險費是用以購買保險商品、保險商品內容、繳納保險費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容; 已親晤要/被保險人/法定代理人, 並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤。			
2. 本人已確認本保單之規劃, 要保人與被保險人已確實瞭解投保目的、保險需求, 綜合考量財務狀況以及付費能力, 分析與評估保險費、保額及保障需求間之適當性(適合度)。			
3. 本人已確實提供「個人資料告知事項」及「人身保險投保人須知」供保戶審閱。			
4. 本報告書之部分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。			
5. 本人已詳細向保戶說明並提醒投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。			
註: 執業之保險經紀人或保險代理人, 為業務招攬, 請於業務員欄簽章			
招攬單位: _____		業務人員親簽: _____	
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		簽署人簽章: _____	
若其他有利於核保之資訊, 請說明: _____			
備註欄: _____			

履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

大昌保險經紀人股份有限公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第8條第1項（如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項）規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

（一）保險經紀。（二）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

二、蒐集之個人資料類別：

（一）姓名及性別。（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）其它詳如要保書等相關業務申請書或契約書填載內容。

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/被保險人。
（二）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。
（三）當事人之法定代理人、輔助人。
（四）各醫療院所。
（五）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、地區、對象、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(分)公司、產、壽險公司、財團法人金融消費評議中心、業務委外機構、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3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：以書面或其它日後可供證明之方式。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：

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，因此將婉謝、延遲或無法提供相關服務。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

大昌保險經紀人股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名： _____

法定代理人簽名： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

大昌保險經紀人股份有限公司【人身保險商品】書面分析報告

基本資料			
要保人		被保險人	
姓名		姓名	
年齡		性別	
職業		職業	
風險屬性		年齡	
保險需求			
本次投保之目的及需求(可複選)		<input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：	
欲投保之保險種類		<input type="checkbox"/> 壽險(含健康險、傷害險) <input type="checkbox"/> 年金險 <input type="checkbox"/> 投資型保險 <input type="checkbox"/> 產險(含健康險、傷害險) <input type="checkbox"/> 其他(請說明)	
是否有指定之保險公司		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (可複選)	
欲投保之保險金額			
是否已有投保其他商業保險之有效保險契約		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
保險費支出			
預估繳交之保險費金額		<input type="checkbox"/> 躉繳 <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 幣別：_____ 保費：_____元	
僅長年期保險填寫： 1. 繳交保險費之人預估退休剩餘年期		<input type="checkbox"/> 1~5年 <input type="checkbox"/> 6~10年 <input type="checkbox"/> 11~20年 <input type="checkbox"/> 21~30年 <input type="checkbox"/> 31~40年 <input type="checkbox"/> 40年以上 <input type="checkbox"/> 不適用	
2. 繳交保險費之來源		<input type="checkbox"/> 工作收入 <input type="checkbox"/> 投資收入 <input type="checkbox"/> 既有存款 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 財產繼承 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：	
業務員建議事項			
保險公司名稱及概況			
保險商品/險種名稱			
保險金額			
保障範圍			
保險費及繳費年期			
建議投保保險公司理由			

要保人簽名： _____

單位名稱/代收區號： _____

業務人員簽名 _____

登錄證字號： _____

保經保代簽署人章： _____

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 日