



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： 自然人		被保險人姓名： (與要保人同一人無須填寫)	
職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職/行業____(填代碼)	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職/行業____(填代碼)	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職/行業____(填代碼)	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)	國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍____(國名)	國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍____(國名)	國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍____(國名)
法人		法人	
行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一職/行業____(填代碼)		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)		法人負責人： 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國____(國名)	
客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)			
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 博弈產業/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。			
註二：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。			
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臺幣五千萬元以上。			
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：_____			
<b>一、要保人(要保人為法人時須填寫)</b>			
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)			
<b>二、要保人與被保險人財務狀況</b>			
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			
<b>招攬人員聲明事項</b>			
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，請於招攬人員欄簽章			
招攬單位：		招攬人員簽章：	
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		保經代公司簽章：	
若其他有利於核保之資訊，請說明：_____			

# 明台產物保險股份有限公司-旅行平安保險投保同意書

本次投保保單類別保險(務必勾選)：GLT 旅行團體傷害保險 TAX 國內旅行綜合保險 TAK 國外旅行綜合保險 TAM 登山綜合保險 TAO 旅遊期間特定活動保險 其他\_\_\_\_\_，且含有 15 歲以下被保險人且投保意外身故喪葬費用保險金額時適用，要保人與被保險人為同一人

要保號碼/ 保單號碼				
保險期間	同要保書所載	險 別	同要保書所載	被保險人名冊序號
主約投保保額 (幣別：新臺幣)	同要保書所載，惟倘經明台產物保險股份有限公司核保評估無法承保或應減額承保者，則予以婉拒或以該減額後金額為主約投保保額。 (詳下欄同意事項、注意事項 1、2)			

## 立同意書人(要保人/被保險人、法定代理人)同意事項

倘未滿 15 足歲或受監護宣告尚未撤銷之被保險人本次有投保喪葬費用保險給付項目，且經明台產物保險股份有限公司檢核該被保險人於明台產物保險股份有限公司(不含本次投保之勾選保單類別保險之喪葬費用保險金額)及其他保險業累計已投保之喪葬費用保險金額，未超過保險法第 107 條、第 107 條之 1 規定之喪葬費用保險金額限額者，立同意書人同意明台產物保險股份有限公司修正要保文件上所載本次投保保單類別保險之保險金額為「明台產物保險股份有限公司同意承保的保險金額且不超過本次投保之喪葬費用保險金額與前述限額之差額」，倘投保前已達保險法第 107 條規定之喪葬費用保險金額限額者，則予以婉拒承保。

被保險人 (即要保人)	姓名及簽署(注意事項 3)		身分證統一編號 (外國人填護照號碼)		
法定代理人	姓名及簽署(注意事項 4)	與要保人/被保險人關係	學校為投保代理人時免填		
			身分證統一編號 (外國人填護照號碼)	出生年月日	國籍 (中華民國籍免填寫)
			/	/	

## 注意事項

- 依保險法第 107 條、第 107 條之 1 規定，未滿 15 足歲或受監護宣告尚未撤銷之被保險人，於明台產物保險股份有限公司及其他保險業累計已投保之喪葬費用保險金額，不得超過遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之半(現行為 69 萬元，下稱限額)。
- 倘上述被保險人本次投保商品含有喪葬費用保險給付項目，且於明台產物保險股份有限公司及其他保險業累計已投保之喪葬費用保險金額總額「未達限額」者(不含本次投保之本次投保保單類別保險之保險金額)，明台產物保險股份有限公司僅能於可承保之保險金額範圍內承保，另因限額缺口資料可能因保單狀態之改變或其他保險業通報資料時間差等因素而變動，故實際可投保保額仍需以明台產物保險股份有限公司核保評估結果為準；反之，倘不含本次投保本次喪葬費用之保險金額即「已達限額」者，雖傷害險(含旅平險)不得承保，但仍可單獨選擇投保其他無喪葬費用保險金之保險商品，例如：傷害失能保險或傷害醫療保險等，以滿足保障需求。
- 未滿 7 足歲者或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽署；倘為民法規定之 7 歲(含)以上未成年人或具完全行為能力之人，由本人簽署。
- 如為民法規定之未成年人或無行為能力人(如受監護宣告者)，請法定代理人簽署。

\*本投保同意書與要保書填寫內容需一致。

\*本同意書適用於要保人與被保險人為同一人，倘為不同人，請填寫契約變更申請書辦理保額變更事宜。

## 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): <input type="checkbox"/> 醫療給付 <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** : \_\_\_\_\_ 保經公司簽章 : \_\_\_\_\_

日期 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日