



新光人壽

新光人壽旅行平安保險『樂 CALL 保』專案申請書暨信用卡付款授權書

一、主會員基本資料 *主會員須年滿二十歲。主會員簽名後代表已知悉並同意聲明事項 (* 為必填欄位)

*「身故受益人如係身分別之指定，或有受益人不願填寫聯絡地址及方式之情況，則以要保人最後所留之聯絡方式作為身故保險金受益人之聯絡依據」。

*姓名	*身分證字號 (居留證號)	*出生日期	年 月 日
電子郵件	*聯絡地址	□□□	
*行動電話	聯絡電話	() -	*身故受益人/關係 /
身故受益人 地址/電話	□□□ 電話：	身故受益人 身分證字號	

二、從屬會員基本資料 *從屬會員以主會員之配偶、直系親屬為限。未滿二十歲者，須法定代理人簽名同意後方能申請加入本專案。

從屬會員簽名後代表已知悉並同意聲明事項。*「身故受益人如係身分別之指定，或有受益人不願填寫聯絡地址及方式之情況，則以要保人最後所留之聯絡方式作為身故保險金受益人之聯絡依據」。

*與主會員之關係	*姓名及親簽	法定代理人簽名/關係	*身分證字號 (居留證號)	*行動電話	*出生年月日	*身故受益人/關係
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/>		/				/
身故受益人 地址/電話	□□□□ 電話：				身故受益人 身分證字號	
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/>		/				/
身故受益人 地址/電話	□□□□ 電話：				身故受益人 身分證字號	
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/>		/				/
身故受益人 地址/電話	□□□□ 電話：				身故受益人 身分證字號	
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/>		/				/
身故受益人 地址/電話	□□□□ 電話：				身故受益人 身分證字號	

本人已審閱新光人壽所提供之「保險單條款樣本」、「投保人須知」、「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」，並已於合理期間審閱前開全部條款並於充分了解其內容後方始簽署。嗣後前述資料若有修正時，同意新光人壽以電子文件或書面方式寄送通知，雙方之權利義務以修正後之文件為準。

三、主會員信用卡繳付保險費授權資料 *大來卡、美國運通卡、VISA 金融卡不適用

卡別：聯合信用卡 VISA JCB MASTER ●發卡銀行：_____

●卡號：□□□□-□□□□-□□□□-□□□□ ●有效期限：□□月/20□□年(西元)

新光人壽旅行平安保險『樂 CALL 保』專案會員約定書條款暨保險費信用卡授權書

本約定書所載之主會員及從屬會員，茲向新光人壽保險股份有限公司(以下簡稱新光人壽)申請成為新光人壽旅行平安保險『樂 CALL 保』專案會員，以便於本約定書有效期間內投保旅行平安保險及其附加條款之用，並已了解及同意以下約定條款：

一、本約定書說明及有效期間：

- 本約定書有效期間自申請日期起為期一年，前述期間每屆滿週年時，雙方若無異議，本約定書得自動延長一年，繼續有效；續約期滿後亦同。但雙方之一方得在有效期間內十天以前以書面通知對方終止本約定書，惟尚於約定書效力終止前透過電話投保已受理之旅行平安保險契約，新光人壽仍負保險給付責任。
- 為提供主會員及從屬會員更多元、便利及快速的服務，主會員得以自己為要保人，主會員或從屬會員為被保險人，加入本授權代理投保旅行平安保險專案。
- 主會員(後稱「要保人」)收到新光人壽提供之專案同意通知後，即可依本專案約定投保「新光人壽旅行平安保險」。

二、承保對象：本約定書除要保人可以使用電話方式申請本人投保外，要保人亦可指定其配偶及其直系血親參加。

三、要保方式：

要保人同意於本合約有效期間內，要、被保險人可透過電話之方式向新光人壽申請投保旅行平安保險及其附加條款，並由要保人授權之信用卡繳納保險費；若由被保險人本人(限年滿20歲以上者)自行使用本專案以電話申請旅行平安保險，要保人同意授權其代理申請投保事宜，絕無異議。

四、投保險種依旅遊目的地可區分如下：

適用地區	投保商品	保障內容
國內外旅遊	◎身故或喪葬費用及殘廢保險金(主契約) ◎傷害醫療保險金限額(限為主契約20%)	意外身故保險金或喪葬費用保險金 意外殘廢保險金 傷害醫療保險金
國外旅遊	◎身故或喪葬費用及殘廢保險金(主契約) ◎傷害醫療保險金限額(限為主契約20%) ◎海外突發疾病醫療保險金限額(限為主契約20%) ◎海外突發疾病僅受理80歲以下者投保	意外身故保險金或喪葬費用保險金 意外殘廢保險金 傷害醫療保險金 海外突發疾病住院醫療保險金 海外突發疾病門急診醫療保險金 海外突發疾病出院療養保險金

五、保險生效時間：

- 要保人以電話通知新光人壽投保旅行平安保險時，須提供個人資料以供確認身份，並以要保人指定之生效時間為契約始期。
- 要保人須於生效時間前二小時(且於新光人壽服務時間內)以電話通知新光人壽申請投保；若要保人行程已出發或人已在海外時，新光人壽不受理其投保申請。

六、保險費

- 以要保人電話投保時主管機關核定之最新費率計算之。
- 要保人同意於本約定書有效期間內，每次透過電話方式所投保之旅行平安保險及其附加條款，均以授權之信用卡繳納保險費，並於保險費請款成功後，保險契約始生效力。

七、受益人

- 殘廢及醫療保險金為被保險人本人。
- 身故保險金由要保人指定為親屬或法定繼承人；若身故受益人指定為法定繼承人時，法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承相關規定。

八、聲明事項

- 要保人同意以新光人壽所留存之電話錄音內容為雙方訂定該次旅行平安保險契約之電子檔案文件，雙方並同意以要保人於該次通聯中所提供之會員資料，作為辨識、確認前述電子檔案文件有效性及真實性之核對依據。
- 要保人同意如就保險費之信用卡款數額有所爭議，悉因新光人壽所保存之電話通聯電子文件為憑。
- 新光人壽應盡保護要保人個人資料安全之責；如因要保人之故意或過失行為遭他人使用或冒用本專案時，其所造成之任何損失責任，應由要保人自行承擔。
- 若遇發生理賠，被保險人同意新光人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 要保人同意新光人壽將本約定書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，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標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 要被保險人同意新光人壽得依「個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集處理及利用之權利。

九、信用卡付款授權條款

- 要保人同意本授權書授權信用卡發卡機構及新光人壽，得自授權人之信用卡帳戶內進行扣款，以支付本授權書代理投保所應繳之保險費。
- 本授權書之信用卡授權欄位因內容填寫不全、錯誤或其他原因致無法辦理請款者，本授權書自始不生效力，保險契約亦自始不成立，新光人壽不負保險責任。
- 要保人授權之信用卡號於簽訂本授權書後，如有變更者，應主動以書面通知新光人壽。
- 於本授權書有效期間內，若要保人授權之信用卡有效期間屆滿，且經原發卡機構核發續卡時，要保人應主動通知新光人壽修正，倘要保人不為通知時，新光人壽得於要保人下次授權付款時，自動更新要保人授權之信用卡有效期間。
- 倘約定書所載信用卡停用時，本付款授權自停卡之日終止。但停卡前已發生之應繳保險費，仍須以其他付款方式支付該筆保險費。

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

新光人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)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:
 - 甲、 人身保險。
 - 乙、 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
 - 二、 蒐集之資料類別:

台端與本公司往來之業務及契約書、申請書及經當事人同意由醫療院所等提供之必要個人資料類別為限。〔註〕
 - 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):
 - 甲、 要保人。
 - 乙、 當事人之法定代理人、輔助人。
 - 丙、 各醫療院所。(經當事人同意由醫療院所提供)
 - 四、 個人資料利用之期間、對象、地區、方式:
 - 甲、 期間:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
 - 乙、 對象:依承保項目區分及業務需求,本公司僅提供台端個人資料予保險業務以下必要之部分單位:本(分)公司、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、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司等相關機構。
 - 丙、 地區:上述對象所在之地區。
 - 丁、 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:
 - 甲、 得向本公司行使之權利:
 - I. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - II. 向本公司請求補充或更正。
 - III. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
 - 乙、 行使權利之方式:依申請需求區分,本公司得採行以書面、電子郵件、傳真、電子文件等不同方式受理。
 - 六、 台端不提供個人資料所致權益之影響:若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時,基於健全人身保險業務之執行,保險公司將無法提供您完善的人身保險服務。
- 註:本公司係依法務部頒布「個人資料保護法之特定目的及個人資料類別」蒐集 台端個人資料。

樂 CALL 保旅行平安保險業務員招攬報告書

一、 填寫注意事項:

業務員於招攬時,應確認要保人與被保險人、被保險人與受益人之關係,並了解要保人與被保險人之投保目的及財務狀況,進而考量保單適合度、保險費、保險金額與保障需求之間之適當性,並不得以理財、節稅作為招攬之主要訴求;且應親視要保人/被保險人/法定代理人親筆簽名及填寫無誤。

二、 業務員聲明

本人已核對要保人/被保險人之身分證明文件,且經確認其身分、關係與要保書及業務員招攬報告書填寫內容無誤,同時已確認受益人身分及受益人與被保險人之關係無誤,並已詳實填載於要保書。

三、 招攬經過

1. 本契約之來源 鄰居 親戚 朋友 保戶介紹 被保險人主動申請 要保人申請 其他_____
2. 投保目的及需求 旅遊活動 商務差旅 其他_____
3. 招攬時,你是否確認要保人、被保險人及受益人之身分及關係? 是, 否
4. 主要經濟來源者 要保人 被保險人,如均非主要家庭經濟負擔者時,其主要經濟負擔者:_____, 年收入約_____萬元,與被保險人關係:_____
5. 要保人與被保險人是否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,分析與評估保費、投保條件、保額及保障需求間之適當性? 是, 否

* 主會員簽署欄

茲本人(即主會員暨要保人)向新光人壽保險股份有限公司申請成為「樂 CALL 保」專案會員,以便本人及從屬會員於本約定書有效期間內,使用電話投保方式為本人或其附加親屬,投保新光人壽旅行平安保險之用,並願遵守授權條款內約定事項。

請簽名

(簽名式樣須與信用卡一致)

申請日期

年

月

日

業務員簽署	業務員登錄證字號	行動電話
單位代號或名稱 (分行代號或名稱)	單位主管審核 (保經代簽署章)	新光人壽 受理欄