

※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。
※健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時（除保險契約已使用脫退率計價者外），不論保險契約是否已領有任何一種保險金，本公司應主動給付解約金或退還未到期保險費給要保人，但保險契約有解約金者，需以解約金方式給付。
※若欲查閱公司資訊公開說明文件請至本公司網站：<https://www.fglife.com.tw>；消費者亦可親至本公司總公司或分支機構查閱，及索取書面資訊公開說明文件。免費申訴電話：0800-083-083。

要保人 Applicant	財團法人東海大學附屬高級中等學校	國籍 Nationality	
身分證字號/統一證號 ID.No.	18431585	電話 Tel:	04-235902691331
出生日期(民國) Birthday		手機:	
性別 SEX	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	地址 Address:	407 台中市西屯區台灣大道四段 1727 號
被保險人與要保人關係 Relationship With Applicant		旅行地點 Visiting Place:	出發地由 至 (國家/地區)
保險始期:	年 月 日 時 分起, 共 天 (一日以 24 小時計)	保險期間 Insured Period	(Year) (Month) (Date) (Time) (Minutes) (Total Days)
保戶繳費時間:	年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時	繳費方式	<input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 其他

被保險人姓名暨簽名 Signature of the Insured	國籍 Nationality	身分證字號/統一證號 ID.No.	性別 SEX	身故保險金受益人 Beneficiary/Relationship with Insured	保單號碼				每人保險費 Premium
					意外身故及失能(PTA) 保額	意外傷害醫療(PTB) 保額	旅行平安傷害醫療(PTI) 保額	遨遊海外突發疾病醫療(PTJ) 保額	
		出生日期(民國) Birthday	目前是否受有監護宣告?	姓名 關係 身分證字號 出生日期 國籍 聯絡地址 電話	萬	萬	萬	萬	元
		出生日期(民國) Birthday	目前是否受有監護宣告?	姓名 關係 身分證字號 出生日期 國籍 聯絡地址 電話	萬	萬	萬	萬	元
		出生日期(民國) Birthday	目前是否受有監護宣告?	姓名 關係 身分證字號 出生日期 國籍 聯絡地址 電話	萬	萬	萬	萬	元
被保險人共 _____ 人 Total of Insured				保險金額及保險費(NT\$) 合計 Total Insurance Amt (Premium)	萬	萬	萬	萬	元

註：1. 受益人有兩人以上時，依序號決定受益順位，未記載序號時，視為同一順位，其保險金給付方式為均分。
2. 身故保險金受益人如係身分分別之指定及如有要保人不同意填寫或未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，作為日後受益人之通知依據。
3. 指定被保險人之法定繼承人為受益人者，其順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。

投保史 被保險人是否已投保同業保險公司旅平險？否 是 一公司名稱：_____ 保額：_____ 期間：_____ 至 _____

若有投保「遠雄人壽遨遊海外突發疾病醫療健康保險附約」之女性被保險人請回答以下告知事項。
要保人及被保險人對於告知事項詢問，應據實說明，並親自填寫清楚，如有故意隱匿、過失遺漏或不實之說明，依保險法第六十四條及二十五條規定，本公司得解除契約且無須返還已收受之保險費。保險事故發生後亦同。

被保險人是否已確知懷孕？否 是，懷孕之被保險人姓名 _____，懷孕週數：_____ 週

聲明事項
一、本人(被保險人)同意遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)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。
二、本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽將本要保書上載載本人資料轉送產、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。
三、本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽就本人之個人資料，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。

要保人親簽 Signature of Applicant	法定代理人/監護人親簽 Signature of Legal representative
申請日期:	身分證字號: ID.No.
	國籍: Nationality
	出生日期(民國): Birthday
	(要保人、被保險人為未成年或受監護宣告或受輔助宣告之人時，需其法定代理人/監護人/輔助人親簽確認)

業務助理受理章: _____ 招攬人員親簽: _____ 直屬主管簽章 或 _____ 核保: _____
單位代號/名稱: _____ 登錄證號碼(執業證號): 0102405895 保經/保代公司簽章: _____

要保團體名稱: 財團法人東海大學附屬高級中等學校 費率別: 代號 750 型 ©要保公司 團體投保專用
要保團體編號: 6001071020

注意事項 1. 詳細投保金額限制及相關核保規定請參閱合約內容。相關投保規定若有調整仍依遠雄人壽公布之核保規定為主。
2. 最遲請於「生效日時」前，傳真至保險公司。保險公司於生效日當日下午 5:30 前確認是否同意承保後回傳，本保險方有效。(若尚未收到保險公司回傳，請務必來電查詢，以免權益受損)。
3. 團體最高承保總額上限 6 億元(如保額超過 6 億元須事先向保險公司報備，同意後方可投保)。

遠雄人壽總公司	<input type="checkbox"/> 受理承保	原因:	經辦受理章:
審核確認欄:	<input type="checkbox"/> 無法受理		