

開心暢遊

(專屬中華郵政會員超值旅行平安保險專案)



旅行平安保險專案參考費率

* 費率表:僅供 15足歲(含)以上參考, 未滿15足歲及保期15日以上之費率, 請來電台一保經洽詢。

方案	□ A型 基本保障(國內、外適用)						□ B型 醫療組合(國內、外適用)						□ C型 海外醫療組合(限國外適用)				
內容	·身故保險金或喪葬費用 ·殘廢保險金(5%~100%)						·身故保險金或喪葬費用保險金 ·殘廢保險金(5%~100%) ·傷害醫療保險金(10%) ·30項全球緊急支援服務(限國外旅遊適用)						·身故保險金或喪葬費用保險金 ·殘廢保險金(5%~100%) ·傷害醫療保險金(10%) ·海外突發疾病醫療保險金(20萬)註1 ·30項全球緊急支援服務				
保額	100萬	200萬	500萬	1000萬	1500萬	2000萬	100萬	200萬	500萬	1000萬	1500萬	2000萬	200萬	500萬	1000萬	1500萬	2000萬
1天	27	53	132	265	398	530	34	67	168	336	505	673	100	201	369	538	706
2天	29	58	144	288	432	576	37	74	183	366	549	732	111	220	403	586	769
3天	32	62	156	311	467	623	40	79	198	396	595	793	117	236	434	633	831
4天	41	81	203	405	607	809	52	103	258	515	773	1030	153	308	565	823	1080
5天	50	100	249	498	747	996	64	127	317	634	951	1268	190	380	697	1014	1331
6天	54	108	269	537	806	1074	69	137	343	683	1026	1367	205	411	751	1094	1435
7天	58	116	287	576	864	1152	74	148	366	733	1100	1466	222	440	807	1174	1540
8天	61	122	301	597	895	1193	78	155	384	759	1139	1518	232	461	836	1216	1595
9天	65	128	314	617	926	1235	82	163	400	785	1178	1571	243	480	865	1258	1651
10天	68	134	328	638	957	1276	86	170	418	811	1217	1623	254	502	895	1301	1707
11天	71	139	341	659	988	1318	91	177	434	838	1257	1676	266	523	927	1346	1765
12天	74	145	354	680	1019	1359	94	185	451	865	1296	1728	277	543	957	1388	1820
13天	77	151	368	700	1050	1400	98	192	469	891	1335	1780	288	565	987	1431	1876
14天	80	157	381	721	1082	1442	102	200	485	917	1376	1834	300	585	1017	1476	1934
15天	83	163	394	746	1118	1490	106	207	502	949	1422	1895	310	605	1052	1525	1998

註1:突發疾病:「遠雄人壽超級海外突發疾病健康保險」中定義係指被保險人在發病前一百八十日以內未曾接受治療,且需即時在台灣地區(包括中華民國政府管轄之各島嶼)以外之地方醫療機構診療始能避免損及身體健康之疾病,若該疾病已經治療完全痊癒而再度發生者,亦視為突發疾病。

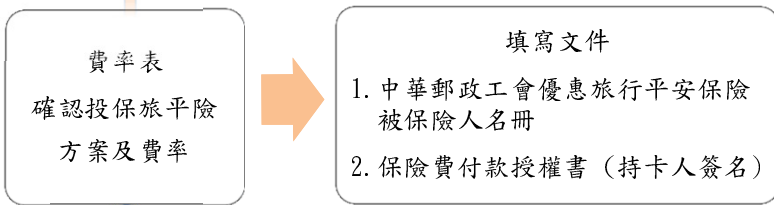


旅行平安保險專案投保流程

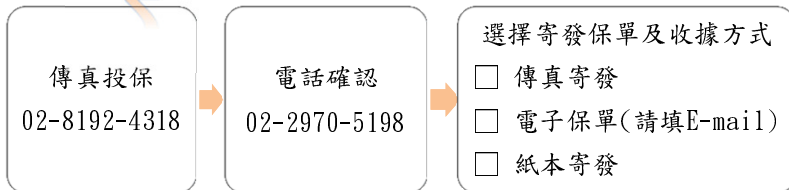


旅行平安保險專案投保規則

1 填寫投保流程(如下圖)



2 傳真投保流程(如下圖)



年齡	限額	保險期間
0足歲~未滿15足歲	200萬(註2)	最長180天
15足歲~24足歲(含)	1500萬	
超過24歲~65足歲(含)	國內1500萬 國外2000萬	
超過65歲~70足歲(含)	國內1500萬 國外1000萬	
超過70歲~75足歲(含)	500萬	
超過75歲~80足歲(含)	300萬(不受理C型)	
超過80歲~90足歲(含)	100萬(僅受理A型)	

註2: 未滿15足歲, 無身故保險金及身故關懷保險金之給付。

規劃服務:

Tai-One 台一保險經紀人
Enrich our life

承保公司:遠雄人壽

傳真投保專線: 02-8192-4318

洽詢服務電話: 02-2970-5198團險部

24143 新北市三重區重安街132號6樓之1

(1050501版)



立即傳真至台一保經 02-8192-4318
馬上享有專屬中華郵政會員超值優惠保費

中華郵政工會優惠旅行平安保險被保險人名冊

(因應 105 年 03 月 15 日個資法修法，投保時需另填寫台一個資同意書及遠雄個資同意書)

要保單位		中華郵政工會						
會員資料	會員姓名				聯絡市話			
	身份證號				手機電話必填 (簡訊通知)			
要保事項	保險期間	自民國_____年_____月_____日_____時(0-24)起共計_____日 (未指定契約始期時點者，以契約始期日次日零時起生效)						
	旅行地點	<input type="checkbox"/> 國內(台、澎、金、馬) <input type="checkbox"/> 中國大陸 <input type="checkbox"/> 其他國外地區_____						
保單寄送	受理成功 2天內 提供投保證明 <input type="checkbox"/> 傳真:_____ <input type="checkbox"/> E-MAIL:_____							
	受理成功 15天內 提供保單正本，郵寄地址: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
投保名冊	被保險人姓名	身分證統一編號 (外國人填護照號碼/國別)	出生年月日	身故受益人	關係	方案	保額	保險費(元)
							萬	元
							萬	元
							萬	元
							萬	元
							萬	元
被保險人共計:_____人				保險費總計:_____元				

保險費付款授權書

保單號碼: _____

授權人資料欄(信用卡持有人)

姓名(正楷): _____ 身分證字號:

與被保險人關係: 本人 要保人 受益人

持卡人簽名

(務必與信用卡簽名相符合)

信用卡資料欄

卡別: VISA Master JCB

信用卡卡號: - - -

有效期限: 至 月 年(西元)(mm/yy) 三碼檢查碼:

規畫服務: **Tai-One 台一保險經紀人**
洽詢服務電話: 02-2970-5198 團險部

承保公司: 遠雄人壽
24143 新北市三重區重安街 132 號 6 樓之 1 (1060501 版)

傳真投保專線: 02-8192-4318

履行個人資料保護法告知義務內容

遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項規定,向 台端告知下列事項,敬請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

人身保險(001)、金融服務業依法令規定及金融監理需要,所為之蒐集處理及利用(059)、金融爭議處理(060)、金融監督、管理與檢查(061)、保險監理(066)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、其他經營合於營業登記目的或組織章程所定之業務(181)等合理關連之特定目的。

二、蒐集之個人資料類別:

以 台端與本公司往來之業務及契約書、授權書及申請書等所列,包括姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等必要個人資料類別為限。

三、個人資料之來源:

(一)要保人 (二)當事人之法定代理人、輔助人 (三)各醫療院所
(四)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、對象、地區、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、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之再保險公司、依法有調查權機關或金融監理單位。
(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:

(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:台端得至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線(0800-083-083)行使權利。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響:

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,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內,得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法等相關法令所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務),蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致

遠雄人壽保險事業股份有限公司

立同意書人(即被保險人)親簽: _____

若涉及要保人豁免保費或家屬附約投保申請時,須請要保人及家屬附約之被保險人親簽確認

未滿七足歲者,由法定代理人代為簽名

七足歲(含)以上未滿二十足歲者,由本人及法定代理人簽名

法定代理人親簽: _____ (與被保險人關係: _____)

(被保險人未滿二十足歲時,需其法定代理人親簽確認)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保險經紀人履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

台一保險經紀人股份有限公司(下稱本公司)及本公司所經紀之保險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)人身保險。(三)財產保險。
 (四)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)識別類: 1.辨識個人者:如姓名、職稱、住址、電話、電子郵遞地址及其他任何可辨識資料本人者等。
 2.辨識財務者:如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。
 3.政府資料中之辨識者:如身分證統一編號、統一證號、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。
 - (二)特徵類: 1.個人描述:如年齡、性別、出生年月日等。2.身體描述:如身高、體重等。
 3.習慣:如抽煙、喝酒等。
 - (三)家庭情形:如結婚有無、家庭成員之細節等。
 - (四)社會情況:如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等。
 - (五)財務細節:如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易記錄、票據信用、保險細節等。
 - (六)健康與其他:如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料等。
 - (七)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。
- 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、本公司所經紀之保險公司、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、依法有調查權機關或金融監理機關及因原業務同仁離職而接續服務之同仁。
 - (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, 台端就本公司及本公司所經紀之保險公司保有 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:以書面或其他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作業,因此將婉謝、延遲或無法提供台端相關服務。

●要保人簽名: _____ 法定代理人簽名: _____ (請註明關係)
 被保險人簽名: _____
 (若要保人、被保險人未滿20 足歲,需其法定代理人一併簽章) 日期: 年 月 日

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,除上列「告知說明書」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、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、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 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料,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),已瞭解上述說明,並同意 本公司於符合相關法令規範範圍內,得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料,以及將上開資料轉送業務相關之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。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 台一保險經紀人股份有限公司

●立同意書人(即被保險人)簽名: _____

●眷屬被保險人

配偶簽名: _____

子女簽名: _____

父母簽名: _____

法定代理人簽名: _____ (請註明關係)

(若要保人、被保險人未滿20 足歲,需其法定代理人一併簽章) 日期: 年 月 日

註:1.本公司履行上開告知義務,不限書面或取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力。

2.本公司應採下列方式之一保全履行告知義務之證明:

- (1)電話行銷之電話錄音檔。
- (2)當事人表明已受告知之書面文件,或註明當事人已收受告知書之保單、契約變更或理賠等簽收回條。
- (3)將告知書內容與要保書或保險契約相關申請文件合併列印。