



旅行平安保險要保書(A 版)

2025年1月版

110.11.15(110)南壽核字第 050 號函備查

114.1.1 南壽核字第 1140000003 號函備查

受理日期時間： 年 月 日 時 分

以上由南山人壽輔助填寫

南山人壽使用欄： 馬保件 合約件 照會回覆

保單號碼/合約編號：

一、*要保人(單位)/投保代理人 以下打*之處請參閱「要保書填寫說明」。

姓 名	※要保人(單位)、投保代理人，請另於簽署欄位簽章。 長庚大學			要保人與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 員工或成員 <input type="checkbox"/> 家屬 <input checked="" type="checkbox"/> 學校與學生
身分證/護照/統一編號	02612701	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡傳真	()
出生年月日	/ /	國籍	(中華民國籍免填寫)		
E-mail				行動電話	
* 聯絡地址	□□□-□□□ 桃園市龜山區文化一路259號				
承辦人聯絡資訊 (要保人(單位)/投保代理人為法人時 請填寫)	單位/姓名	聯絡電話 / 分機			
		行動電話			
※要保人(單位)/投保代理人同意指定上述承辦人為電訪受訪者/相關文件收件者。					
請勾選方便 電訪時 (可複選)	為了確保要保人(單位)/投保代理人已知悉本契約之投保險種、保險費金額及繳費方式等資料，本公司將於近日指派服務專人向要保人/承辦人進行電話訪問(倘要保人為未成年人，電訪對象則為法定代理人)。 <input type="checkbox"/> 上午 9-12 時 <input type="checkbox"/> 下午 12-18 時 <input type="checkbox"/> 下午 18-21 時				
電子保單	<input type="checkbox"/> 申請	勾選申請時，請務必填寫 E-mail 或行動電話，本公司將以要保人(單位)/投保代理人於本要保書填寫之 E-mail 或行動電話寄發電子保單。			
註 1.因特殊狀況無法提供電子保單時，本公司將改以紙本文件提供。註 2.「合約件」僅提供紙本文件。					

二、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)		* 繳費	<input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 便利商店代收 <input checked="" type="checkbox"/> 郵局劃撥、銀行存/匯款 <input type="checkbox"/> 支票	
旅行地	<input type="checkbox"/> 中國大陸(含香港、澳門地區) <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 韓國 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 新加坡 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 馬來西亞 <input type="checkbox"/> 緬甸 <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 寮國 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 汶萊 *投保海外醫療專機運送服務區域以上述國家為限，請詳「海外醫療專機運送服務(實物給付型保險商品)重要告知及確認事項」。 <input checked="" type="checkbox"/> 國內(台、澎、金、馬) <input type="checkbox"/> 紐西蘭 <input type="checkbox"/> 澳大利亞 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 加拿大 <input type="checkbox"/> 歐洲 <input type="checkbox"/> 其它				
投保商品 (詳保險商品中文名稱) 請擇一勾選	適用 國內、外	<input type="checkbox"/> STA (註) <input checked="" type="checkbox"/> STA+SMR (註) <input type="checkbox"/> KMR (被保險人限未滿 15 足歲)			保險商品中文名稱： STA：南山人壽安心旅行平安保險 SMR：南山人壽安心傷害醫療費用給付附加條款 (每次實支實付傷害醫療保險金額為投保主約保額的 10%) KMR：南山人壽陪童旅行傷害醫療保險 NSOHS：南山人壽新安心旅行海外突發疾病醫療健康保險附加條款 (海外突發疾病醫療保險金額為投保主約保額的 10%) AOTA：南山人壽安心 HIGH 玩海外旅行平安保險 AKMS：南山人壽陪童 HIGH 玩海外特定醫療旅行平安保險 AAT：南山人壽享 HIGH 玩海外醫療專機運送附加條款(實物給付型保險商品) ※各項給付內容、服務區域請參閱保單條款。
	適用 國外	<input type="checkbox"/> SNSOTA (STA+SMR+NSOHS) (註) <input type="checkbox"/> AOTA (註) <input type="checkbox"/> AOTA+AAT (註) <input type="checkbox"/> KMR+NSOHS (被保險人限未滿 15 足歲) <input type="checkbox"/> AKMS (被保險人限未滿 15 足歲) <input type="checkbox"/> AKMS+AAT (被保險人限未滿 15 足歲) (註)			

保險契約相關文件審閱確認事項：

是 否 要保人於填寫本要保書時，已透過業務員親送、至客服櫃檯親領、傳真、郵寄、網路、電子郵件或其他電子方式等至少其一管道取得本公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險契約條款樣本」、「投保人須知」及「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」，且於填寫本要保書前已有 1 日以內之合理期間審閱所投保保險之保險契約條款樣本全部內容。

※本商品經南山人壽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，應由南山人壽及負責人依法負責。

※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。

※南山人壽財務及業務等公開資訊，歡迎至南山人壽企業網站<<https://www.nan Shanlife.com.tw/>>查閱，或電洽 0800-020-060 詢問，或至南山人壽各分支機構洽詢索取。總公司：台北市信義區莊敬路 168 號。



TA01



保單號碼/合約編號：_____

三、*被保險人暨投保金額及*受益人：<金額單位：新臺幣>

如下表所列 或 詳附件，被保險人共計 _____人，保險費總計：_____元。

被保險人（要保人與被保險人關係勾選本人者，被保險人即要保人）

◎倘被保險人受有監護宣告，請提供相關證明文件。◎被保險人已知悉並同意本要保書所載之聲明同意事項，且被保險人已充分了解並確認填寫內容正確後親自簽名。◎未滿七足歲者或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽署及法定代理人簽署；七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽署。◎倘要保人與被保險人同一人，請法定代理人於下列法定代理人欄位簽署，以示同意要保人暨被保險人投保。

1 被保險人	姓名及簽署	身分證統一編號 (外國人填護照號碼)	國籍 (中華民國籍免填寫)	目前是否受 有監護宣告	被保險人是否同時或已投保 其他公司旅行平安保險？ (未投保者可免填)	主約 投保保額	保險費
	詳附件			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	保險公司名稱/保額：	200 萬元	元
		出生年月日	行動電話	性別	E-mail		
	/ /		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
2 被保險人	意外身故保險金受益人姓名 (註 1~3)	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)	與被保險人關係	聯絡地址及電話	
	法定繼承人		/ /			<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話：	
	法定代理人姓名及簽署	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)	與被保險人關係	行動電話/聯絡電話	
		/ /					
1 被保險人	姓名及簽署	身分證統一編號 (外國人填護照號碼)	國籍 (中華民國籍免填寫)	目前是否受 有監護宣告	被保險人是否同時或已投保 其他公司旅行平安保險？ (未投保者可免填)	主約 投保保額	保險費
	詳附件			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	保險公司名稱/保額：	萬元	元
		出生年月日	行動電話	性別	E-mail		
	/ /		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
2 被保險人	意外身故保險金受益人姓名 (註 1~3)	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)	與被保險人關係	聯絡地址及電話	
			/ /			<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話：	
	法定代理人姓名及簽署	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)	與被保險人關係	行動電話/聯絡電話	
		/ /					

註 1：倘無意外身故保險金(喪葬費用保險金)給付者，雖填寫本項，仍不生效力。

註 2：意外身故受益人除特別指定比例或順位外，以均分方式辦理，惟意外身故受益人指定為法定繼承人者，除有另行指定外，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定。

註 3：意外身故受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫意外身故受益人聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後通知意外身故受益人之依據。

*配合保險法規定，訂立本契(附)約時，以未滿十五足歲者或受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其意外身故或喪葬費用之給付將受有相關限制，並依各該保險商品之保單條款約定辦理。

要保人及被保險人聲明同意事項：

1.本人（被保險人、要保人）同意貴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。

2.本人（被保險人、要保人）同意貴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。

*要保人(單位)/投保代理人簽署 (要保人倘為法人/團體請於下欄加蓋大小章)	*要保人之法定代理人基本資料及簽署 (要保人為自然人，且要保人與被保險人不同人適用)	申請日期
※代理投件之聲明同意事項：要保人同意委託投保代理人向貴保險公司辦理各項投保事宜；投保代理人聲明代理全體要保人暨被保險人向貴保險公司辦理各項投保事宜，投保代理人知悉並同意將要保文件影印乙份給各要保人留存。 ※要保人(單位)/投保代理人已充分了解並確認填寫內容正確後於本欄簽署。	要保人之法定代理人姓名/簽署：_____	年 月 日
	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)	
	行動電話/聯絡電話：_____	
	與要保人關係：_____	

(要保人為自然人適用：倘要保人未滿七足歲或為其他無行為能力人，由法定代理人代為簽署及法定代理人簽署；七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽署。)

業務員/保險經紀人/ 保險代理人/招攬人員簽名	業務員代號	業務員登錄字號/ 執業證照編號	聯絡手機/電話	通訊處名稱/代碼 保經/保代公司簽章/代碼	南山人壽批註欄
	2925234	0103203495	0932042061	長新 / 133	



被保險人（要保人與被保險人關係勾選本人者，被保險人即要保人）

◎倘被保險人受有監護宣告，請提供相關證明文件。◎被保險人已知悉並同意本要保書所載之聲明同意事項，且被保險人已充分了解並確認填寫內容正確後親自簽名。◎未滿七足歲或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽署及法定代理人簽署；民法規定之七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽署。◎倘要保人與被保險人同一人，請法定代理人於下列法定代理人欄位簽署，以示同意要保人暨被保險人投保。

被 保 險 人 1	姓名及簽署	身分證統一編號 (外國人填護照號碼)		國籍 (中華民國籍免填寫)	目前是否受 有監護宣告	被保險人是否同時或已投保 其他公司旅行平安保險？ (未投保者可免填)	主約 投保保額	保險費
					<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	保險公司名稱/保額：	200 萬元	元
		出生年月日		行動電話	性別	E-mail		
		/ /			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
被 保 險 人 2	意外身故保險金受益人姓名 (註 1~3)	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)	與被保險人關係	聯絡地址及電話		
	法定繼承人		/ /			<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input checked="" type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話:		
	法定代理人姓名及簽署	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)	與被保險人關係	行動電話/聯絡電話		
			/ /					
被 保 險 人 3	姓名及簽署	身分證統一編號 (外國人填護照號碼)		國籍 (中華民國籍免填寫)	目前是否受 有監護宣告	被保險人是否同時或已投保 其他公司旅行平安保險？ (未投保者可免填)	主約 投保保額	保險費
					<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	保險公司名稱/保額：	200 萬元	元
		出生年月日		行動電話	性別	E-mail		
		/ /			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
被 保 險 人 4	意外身故保險金受益人姓名 (註 1~3)	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)	與被保險人關係	聯絡地址及電話		
	法定繼承人		/ /			<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input checked="" type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話:		
	法定代理人姓名及簽署	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)	與被保險人關係	行動電話/聯絡電話		
			/ /					

註 1：身故受益人除特別指定比例或順位外，以均分方式辦理，惟身故受益人指定為法定繼承人者，除有另行指定外，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定。
 註 2：身故受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫身故受益人聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後通知身故受益人之依據。
 註 3：南山人壽陪童旅行傷害醫療保險無提供被保險人意外身故之喪葬費用保險金。

總保險費合計

元



TA01

南山人壽旅行平安保險被保險人名冊暨同意書

◎本名冊暨同意書與要保書填寫內容需一致。◎倘被保險人受有監護宣告，請提供相關證明文件。

保單號碼/合約編號：				
保險期間	同要保書所載	险 别	同要保書所載	被保險人名冊序號
主約投保保額 (幣別為新臺幣，以下同)	同要保書所載，惟倘經南山人壽核保評估無法承保或應減額承保者，則分別以婉拒承保方式處理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)			

要保人、被保險人、法定代理人同意事項(僅適用於被保險人為未滿 15 足歲或受監護宣告尚未撤銷，且本次有投保 STA、AOA 者)：
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 STA、AOA，且經南山人壽檢核該被保險人於南山人壽(不含本次投保之 STA、AOA 保險金額)及其他保險業累計已投保之喪葬費用保險金額，未超過保險法規定之喪葬費用保險金額限額者，要保人、被保險人、法定代理人同意南山人壽修正要保文件上所載 STA、AOA 保險金額為「本次投保之 STA、AOA 保險金額與前述限額之差額」。
倘投保前已達上述限額者，要保人、被保險人、法定代理人知悉南山人壽將予以婉拒承保。

海外醫療專機運送服務(實物給付型保險商品)重要告知及確認事項(僅適用於有投保下列保險商品者)：

一、重要告知事項

- (一) 南山人壽享 HIGH 玩海外醫療專機運送附加條款(實物給付型保險商品)(以下簡稱 AAT) 保單條款約定之服務區域，僅限中國大陸(含香港、澳門地區)、日本、韓國、越南、新加坡、菲律賓、印尼、馬來西亞、緬甸、泰國、寮國、柬埔寨及汶萊。
- (二) 「能否以醫療專機運送返國」，係依 AAT 保單條款約定進行判斷，並非要保人(單位)/投保代理人、被保險人、其親屬或其代理人所能決定，請詳本商品保單條款第 3 條第 1 項、第 3 項、第 4 項、第 7 條。
- (三) 「無法依約提供服務時之補償機制」係指被保險人符合 AAT 保單條款第 3 條約定之運送條件，惟南山人壽未依約定提供海外醫療專機運送服務或提供不符合 AAT 保單條款第 4 條所約定規格之服務時，除有 AAT 保單條款第 6 條第 1 項、第 7 條所定不負給付補償金責任情形之外，南山人壽應給付補償金新臺幣 600 萬元，但被保險人已運送回國時，將扣除南山人壽因提供不符合 AAT 保單條款第 4 條所約定規格之服務及 AAT 保單條款第 3 條第 5 項所支出之費用後給付補償金。
- (四) 被保險人於南山人壽累計投保含有「海外醫療專機運送服務(實物給付型保險商品)」之保險契約僅限一張，惟是否符合南山人壽投保規範，應以南山人壽核保評估結果為準。
- (五) 倘要保人為來電保專案會員，且所簽訂之「南山來電保旅行平安保險專案約定書」含有授權本人以外之其他已成年之約定書所列會員(含嗣後新增會員)得使用電話投保方式代為向南山人壽投保該專案保險之相關約定者，如填寫本同意書時未投保 AAT 而未填寫下列確認事項，則未來要保人授權其他會員代為向南山人壽投保 AAT 者，請要保人務必確認下述事項均為「是」時再授權其他會員代為投保，並授權該其他會員就下列事項答覆南山人壽。

二、確認事項(本次有投保 AAT 者，請填寫下列問項)：

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	要保人(單位)是否已清楚瞭解並確認上列重要告知事項，清楚知悉所繳保險費係用以購買實物給付型保險商品，且給付項目提供之內容與規格(含無法依約提供服務時之補償機制)與實際需求具相當性？
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	要保人(單位)是否已取得並充分了解南山人壽提供之「南山人壽享 HIGH 玩海外醫療專機運送附加條款(實物給付型保險商品)實物給付說明書」？

注意事項

1. 倘下述被保險人本次投保商品含有 STA、AOA，且於南山人壽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 STA、AOA 保險金額)，南山人壽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南山人壽核保評估結果為準；反之，倘不含本次投保之 STA、AOA 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。
2. 未滿 7 足歲者或其他無行為能力人，本欄改由其法定代理人代為簽署；倘為 7 歲(含)以上未成年人或具完全行為能力之人，本欄仍由本人簽署。
3. 如要保人/被保險人為未成年人或無行為能力人(如受監護宣告者)，請法定代理人於本欄簽署。
4. 意外身故受益人除特別指定比例或順位外，以均分方式辦理，惟意外身故受益人指定為法定繼承人者，除有另行指定外，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定。
5. 意外身故受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫意外身故受益人聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後通知意外身故受益人之依據。倘無意外身故保險金(喪葬費用保險金)給付者。雖填寫本項，仍不生效力。各項給付內容請參閱保單條款。
6. 請詳閱壽險業履行個人資料保護法告知義務內容(旅行平安保險適用)、本名冊暨同意書所載同意事項、注意事項與重要告知及確認事項，並於充分了解同意並確認填寫內容正確後親自簽名。

★倘要保人與被保險人關係為「家屬」者，請填寫下列 A、B 欄資料並簽署；

倘要保人與被保險人關係為「本人」、「學校與學生、員工或成員」(經投保代理人投保)，因要保人即被保險人，請填寫 B 欄資料並簽署：

A	要保人	姓名及簽署(注意事項 2、6)	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)	與被保險人關係		
		同要保書所載	同要保書所載	同要保書所載	同要保書所載			
B	要保人之法定代理人	姓名及簽署(注意事項 3、6)	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)	與要保人關係		
				/ /				
B	被保險人	姓名及簽署(注意事項 2、6)	身分證統一編號 (外國人填護照號碼)	國籍 (中華民國籍免填寫)	目前是否受有監護宣告	被保險人是否同時或已投保其他公司旅行平安保險？ (未投保者可免填)	主約投保保額	保險費
					<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	保險公司名稱/保額：	200 萬元	元
			出生年月日	行動電話	性別	E-mail		
		/ /		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
意外身故保險金受益人姓名 (注意事項 4~5)	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)	與被保險人關係	聯絡地址及電話			
法定繼承人		/ /			<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input checked="" type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話：			
法定代理人姓名及簽署 (注意事項 3、6)	學校為投保代理人時免填			與被保險人關係	行動電話/聯絡電話			
	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)					
		/ /						



TA01