



中國信託金控

台灣人壽

填寫範例

新增眷屬  
請洽業務人員台灣人壽旅行平安保險暨中國信託產物個人旅行綜合保險  
「平安 Call Call 卡」會員變更申請書暨信用卡付款授權資料

一、為提供更多元、便利及快速的服務，歡迎您投保台灣人壽保險股(以下稱中國信託產物)個人旅行綜合保險專案，國內服務電話：02-2610-2610

二、填寫說明：\*為必填欄位，其它資料有變更才須填寫。

註1：本國人士，免填國籍欄位。註2：訂立本契約時，以未滿十五足歲之未成年人或受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其身故保險金均變更為喪葬費用保險金。前項被保險人不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。

●要保人(主會員/被保險人)資料

會員編號：

|                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |                           |                     |               |         |                                                                                                       |                          |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|---------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 變更<br><input type="checkbox"/> 終止                                                           | *申請日期(民國年月日)                                                                                                                                          | *身分證統一編號                  | *姓名                 |               |         |                                                                                                       |                          |                               |
|                                                                                                                      | 113 年 12 月 1 日                                                                                                                                        | A000000000                | 王○明                 |               |         |                                                                                                       |                          |                               |
|                                                                                                                      | 出生日期(民國年月日)                                                                                                                                           | 行動電話                      | E-mail              |               |         |                                                                                                       |                          |                               |
|                                                                                                                      | 請勾選                                                                                                                                                   |                           |                     |               |         |                                                                                                       |                          |                               |
| 通訊地址                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                           |                     |               |         |                                                                                                       |                          |                               |
| 保單類型                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 申請電子保單 ※勾選申請時，要保人請務必填寫行動電話、E-mail，被保險人請務必填寫行動電話。<br><input type="checkbox"/> 申請紙本保單(保單寄送至要保人通訊地址)                            |                           |                     |               |         |                                                                                                       |                          |                               |
| 身故保險金受益人 <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 如下表 (身故保險金受益人若「非」直系血親，請加填寫「身故保險金受益人指定聲明書」)          |                                                                                                                                                       |                           |                     |               |         |                                                                                                       |                          |                               |
| 身分證統一編號                                                                                                              | 受益人姓名                                                                                                                                                 | 出生日期<br>(民國年月日)           | 國籍<br>(註1)          | 與被保險<br>人關係   | 保險金分配方式 |                                                                                                       | 聯絡電話及地址                  |                               |
|                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |                           |                     |               | 順位      | 比例                                                                                                    | 均分                       |                               |
|                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |                           |                     |               |         | %                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 同要保人 |
|                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |                           |                     |               |         | %                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 同要保人 |
| 簽名樣式須與信用卡一致                                                                                                          |                                                                                                                                                       |                           |                     |               |         |                                                                                                       |                          |                               |
| 要保人(主會員)信用卡授權資料※限要保人本人信用卡(不受理簽帳金融卡、美國運通卡、聯合U卡)<br><input checked="" type="checkbox"/> 信用卡授權人姓名、身分證統一編號、出生日期同要保人(主會員) |                                                                                                                                                       |                           |                     |               |         |                                                                                                       |                          |                               |
| 信用卡變更                                                                                                                | 發卡銀行                                                                                                                                                  | XX 銀行                     | 有效期限                | 08 月 88 年(西元) | 卡 別     | <input checked="" type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB |                          |                               |
|                                                                                                                      | 卡 號                                                                                                                                                   | 0000 - 0000 - 0000 - 0000 | 持卡人親簽 (簽名樣式須與信用卡一致) |               |         | 王○明                                                                                                   |                          |                               |

●被保險人(附加眷屬)資料新增、修改、取消 限要保人之配偶及直系血親。

附加眷屬未滿7足歲者，由法定代理人代為簽章。若被保險人未成年或受監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，需其法定代理人/監護人/輔助人一併簽章。附加眷屬簽章後代表已同意本授權書相關事項。如身故保險金受益人指定為法定繼承人時，其順位及應得比例適用民法繼承。

|                                                                                                             |       |                 |            |                                                                                                                                                  |         |                                                       |                          |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 被保險人： <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 修改 <input type="checkbox"/> 終止                   |       |                 |            |                                                                                                                                                  |         |                                                       | 請勾選                      |                               |
| 身分證統一編號/護照<br>/居留證號碼                                                                                        | 姓名    | 出生日期<br>(民國年月日) | 國籍<br>(註1) | 與要保人關係                                                                                                                                           | 行動電話    | 目前是否受有<br>監護宣告(註2)                                    |                          |                               |
|                                                                                                             |       |                 |            | <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 孫子女<br><input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 父母 |         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                          |                               |
| 身故保險金受益人 <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 如下表 (身故保險金受益人若「非」直系血親，請加填寫「身故保險金受益人指定聲明書」) |       |                 |            |                                                                                                                                                  |         |                                                       |                          |                               |
| 身分證統一編號                                                                                                     | 受益人姓名 | 出生日期<br>(民國年月日) | 國籍<br>(註1) | 與被保險<br>人關係                                                                                                                                      | 保險金分配方式 |                                                       | 聯絡電話及地址                  |                               |
|                                                                                                             |       |                 |            |                                                                                                                                                  | 順位      | 比例                                                    | 均分                       |                               |
|                                                                                                             |       |                 |            |                                                                                                                                                  |         | %                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 同要保人 |
|                                                                                                             |       |                 |            |                                                                                                                                                  |         | %                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 同要保人 |
| 受益人選比例分配，加總為 100%                                                                                           |       |                 |            |                                                                                                                                                  |         |                                                       |                          |                               |
| 被保險人： <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 修改 <input type="checkbox"/> 終止                   |       |                 |            |                                                                                                                                                  |         |                                                       |                          |                               |
| 身分證統一編號/護照<br>/居留證號碼                                                                                        | 姓名    | 出生日期<br>(民國年月日) | 國籍<br>(註1) | 與要保人關係                                                                                                                                           | 行動電話    | 目前是否受有<br>監護宣告(註2)                                    |                          |                               |
|                                                                                                             |       |                 |            | <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 孫子女<br><input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 父母 |         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                          |                               |
| 身故保險金受益人 <input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 如下表 (身故保險金受益人若「非」直系血親，請加填寫「身故保險金受益人指定聲明書」) |       |                 |            |                                                                                                                                                  |         |                                                       |                          |                               |
| 身分證統一編號                                                                                                     | 受益人姓名 | 出生日期<br>(民國年月日) | 國籍<br>(註1) | 與被保險<br>人關係                                                                                                                                      | 保險金分配方式 |                                                       | 聯絡電話及地址                  |                               |
|                                                                                                             |       |                 |            |                                                                                                                                                  | 順位      | 比例                                                    | 均分                       |                               |
|                                                                                                             |       |                 |            |                                                                                                                                                  |         | %                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 同要保人 |
|                                                                                                             |       |                 |            |                                                                                                                                                  |         | %                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 同要保人 |



中國信託金控

台灣人壽

## 台灣人壽旅行平安保險及中國信託產物個人旅行綜合保險 「平安 Call Call 卡」專案會員約定書條款暨信用卡付款授權條款

### 一、投保方式：

- (一) 主會員(以下稱要保人)得以自己為要保人，並以要保人或附加眷屬為被保險人加入「平安 Call Call 卡」專案(以下稱本專案)，要保人收到本專案開通知後，要保人同意授權附加眷屬得以本專案約定方式向台灣人壽保險股份有限公司(以下稱台灣人壽)投保旅行平安保險及中國信託產物保險股份有限公司(以下稱中國信託產物)個人旅行綜合保險。
- (二) 要保人同意於本約定書有效期間內，要保人或被保險人可透過電話方式向台灣人壽申請投保旅行平安保險及個人旅行綜合保險，由台灣人壽具合格招攬人員證照之人員一併受理，並以要保人授權之信用卡繳納保險費；若由被保險人(依民法規定之成年人)本人自行使用本專案以電話申請投保旅行平安保險及個人旅行綜合保險，要保人同意授權其代理申請投保事宜，絕無異議。

### 二、約定書有效期間：

本約定書有效期間自主會員申請日起為期一年，期滿前若任一方未以書面通知他方終止本約定書，本約定書得自動延長一年，其後亦同；雙方得於本約定書有效期間內，隨時以書面終止本約定書，終止前透過電話投保且已受理之旅行平安保險及個人旅行綜合保險，台灣人壽及中國信託產物須負保險責任。自申請日或最後一次投保日起 5 年(含)內未使用本專案者，要保人同意自期滿日起終止本約定書。

### 三、聲明事項：

- (一) 要保人及被保險人同意以台灣人壽所留存之電話錄音內容為雙方訂立該次旅行平安保險及個人旅行綜合保險契約之電子檔案文件，且以該次電話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。
- (二) 要保人同意如就保險費之信用卡款數額有所爭議，悉依台灣人壽所保存之電話錄音電子檔案文件為憑。
- (三) 台灣人壽及中國信託產物應盡保護要保人及被保險人個人資料安全之責；如因要保人或被保險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，應由要保人或被保險人自行承擔。
- (四) 要保人或被保險人同意台灣人壽及中國信託產物將本要保書上所載要保人或被保險人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理投保時之核保參考，台灣人壽及中國信託產物仍遵循投保當時之各該核保規定辦理，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
- (五) 要保人或被保險人同意台灣人壽及中國信託產物因業務需要，對要保人或被保險人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用者，須依個人資料保護法相關規定。
- (六) 本授權書如以傳真方式送件，要保人及被保險人同意以該傳真文件為合法正式之文件。

### 四、本約定書未盡事項及保險相關權利義務，悉依民法或其他相關法律之規定及台灣人壽旅行平安保險、中國信託產物個人旅行綜合保險相關契約條款之約定辦理。

### 五、信用卡付款授權條款：

- (一) 要保人同意於本約定書有效期間內，每次透過電話方式投保台灣人壽旅行平安保險以及中國信託產物個人旅行綜合保險，均自要保人授權之信用卡帳戶內進行扣款，以支付本約定書所應繳之各該保險費，並於台灣人壽及中國信託產物同意受理承保且發卡機構給付足額保險費後，保險契約始成立。
- (二) 若本約定書信用卡授權欄位因內容不全、錯誤等事由致無法請款者，本信用卡付款授權條款暨授權資料即屬無效，台灣人壽及中國信託產物即不負保險責任。
- (三) 若要保人信用卡停用時，本信用卡付款授權條款暨授權資料自停卡之日終止。但停卡前已發生之應繳保險費，要保人仍須以其他付款方式支付該筆保險費。
- (四) 要保人授權之信用卡號於簽訂本授權書後，如變更為與本授權書上所載卡號不同時，要保人應主動以書面通知台灣人壽及中國信託產物。
- (五) 於本約定書有效期間內，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，要保人應主動通知台灣人壽及中國信託產物修正，倘要保人未為通知時，要保人同意台灣人壽及中國信託產物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。
- (六) 本信用卡付款授權條款若有未盡事宜，台灣人壽及中國信託產物及發卡機構得逕依相關作業規定辦理。

### 各項聲明事項

※立約人(含要保人/主會員、附加眷屬、被保險人)茲 ☐ 已審閱並同意台灣人壽及 ☐ 已審閱並同意中國信託產物所提供之「約定條款暨信用卡付款授權條款」、「蒐集、處理及利用個人資料告知書」、「會員使用須知」及本聲明事項，且於同意上述內容前，已在合理期間內確認審閱且充分瞭解其內容後始簽章，並以此為據。投保相關權利義務，請參閱本約定書及相關契約條款。後前述資料若有修訂時，立約人同意台灣人壽及中國信託產物以電子文件或書面方式寄送，立約人應即逕依相關作業規定辦理。

※主會員之身分證統一編號(即授權編號)將作為授權本專案之扣款依據。

審閱完各聲明事項後請打勾

### 立約人正楷親簽

務必正楷親簽

要保人(主會員/被保險人) 簽章：\_\_\_\_\_

被保險人(附加眷屬) 簽章：\_\_\_\_\_

若被保險人未成年或受監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，法定代理人/監護人/輔助人簽章：\_\_\_\_\_

關係：\_\_\_\_\_ ☐ 基本資料同要保人(主會員) ☐ 基本資料同被保險人(附加眷屬)

填寫完成請傳真至下列分公司或 E-mail 至服務信箱：callcallcard@taiwanlife.com

台北：(02)2381-0521

新竹：(03)525-4464

高雄：(07)536-3778

貼心服務：變更完成後將收到簡訊通知

台中：(04)2252-2719

台南：(06)229-0452

### 公司內部填寫

招攬人員簽名

招攬人員登錄字號

審查欄

受理章



## 「平安 Call Call 卡」會員變更所需檢附文件一覽表

| 變更事項                                   | 除本申請書外，另需檢附之文件      |                                |                          | 需親自簽章者                                                                            |
|----------------------------------------|---------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|                                        | 雙證件<br>(身分證和另一證明文件) | 身故保險金受益人指定聲明書                  | 中國信託產物<br>意遊保個人旅行綜合保險要保書 | A：主會員(要保人/被保險人)<br>B：附加眷屬(被保險人)<br>(如為未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，需其法定代理人/監護人/輔助人一併簽章。) |
| ※若為臨櫃辦理各項變更，請攜帶欲變更項目之要/被保險人雙證件正本，以便查驗。 |                     |                                |                          |                                                                                   |
| 保單類型                                   |                     |                                |                          | A、B<br>(變更為電子保單時要保人請務必填寫行動電話、E-mail，被保險人請務必填寫行動電話。)                               |
| 主會員/附加眷屬<br>聯絡資訊變更<br>(地址/電話/Email 變更) |                     |                                |                          | A、B<br>(若被保險人相關資料變更，需被保險人簽章)                                                      |
| 主會員基本資料變更<br>(姓名/生日/身分證統一編號)           | V<br>(A)            |                                |                          | A<br>(主會員限本國籍/若變更姓名應同時於簽章欄位簽署變更前與變更後之簽章樣式)                                        |
| 附加眷屬基本資料變更<br>(姓名/國籍/生日/身分證統一編號)       | V<br>(A、B)          |                                |                          | A、B<br>(若變更姓名應同時於簽章欄位簽署變更前與變更後之簽章樣式)                                              |
| 新增附加眷屬                                 |                     |                                | V<br>(同時新增不便險時)          | A、B<br>(須透過招攬人員送件)                                                                |
| 刪除附加眷屬                                 |                     |                                |                          | A                                                                                 |
| 會員終止<br>(眷屬一併終止)                       |                     |                                |                          | A                                                                                 |
| 身故保險金受益人資料變更                           |                     | V<br>(變更為「非」配偶、直系血親或法定繼承人時需加填) |                          | A、B                                                                               |
| 信用卡授權資料                                |                     |                                |                          | A<br>(限使用主會員本人信用卡)                                                                |
| 新增不便險投保資格                              |                     |                                | V                        | A、B<br>(須透過招攬人員送件)                                                                |