

請登入認證系統後至評鑑中的各案件之線上表單下載要保書(PDF 檔)

評鑑中的案件

類別: 1=初次, 2=延展, 3=增列, 4=異動, 5=監評
*: 表示案件已經由TAF確認現場評鑑報告
(緩): 表示案件暫緩執行中，確認評鑑時間將另行通知
(複): 表示案件有複查
(複): 表示案件有複查且完成複查安排

文件審查中案件
評鑑中案件
9999← W1-25010101←
完成現場評鑑案件
檢視評鑑案件



線上表單		
表單名稱	狀態	填寫階段
NC開立/改善確認(現場評鑑)		現場評鑑後/NC填寫與確認
現場評鑑報告	送出	現場評鑑後
交通/住宿費用報支表	送出	現場評鑑後
評鑑計畫表	送出	現場評鑑前
要保書		現場評鑑前





臺灣產物保險
Taiwan Fire & Marine Insurance Co., Ltd.

臺灣產物旅遊綜合保險要保書



本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容素已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保單條款與相關文件，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。本公司資訊公開說明文件請至下列網址：<https://www.tfmi.com.tw> 或至本公司總分支機構查詢及索取。總公司：100 台北市信義路 49 號 8、9 樓。免費申訴電話：0809-068-888。設保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，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。

本附約之法定傳染病係依中華民國傳染病防治法第三條規定所稱之傳染病。

本附約理賠原則係依據中華民國之法定傳染病定義予以規定(並非依據入境國家之法定傳染病定義)。

113.09.16 立案號字第 1130002857 號函發

要保人 基本資料	姓 名	財團法人全國 認證基金會	電 話	(02) 28090828	出生日期	民國 年 月 日
	電子郵件		手 機 號 碼		身 分 證 號	
	地 址	新北市淡水區中正東路二段27號23樓				統一編號 98905310

被保險人 基本資料	姓 名	身 分 證 號		出生日期	民國 年 月 日
	□ 等 人(詳如被保險人名冊)	住居所			
	受益人姓名	□ 詳如被保險人名冊	與被保險人關係	□ 詳如被保險人名冊	
旅遊目的	□ 團體觀光 □ 個人旅遊 <input checked="" type="checkbox"/> 出差 <input type="checkbox"/> 探親 <input type="checkbox"/> 遊學 <input type="checkbox"/> 其它	旅遊地區	台灣		
保險期間	自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止				

旅遊綜合保險承保項目		□ 保險金額	□ 保險金額
旅遊責任保險		請填被保險人基本資料及保險期間。	
緊急處理費用及海外班機劫持慰問保險		紅框處請務必填寫，住居所請填寫完整至門牌號碼。	
班機改降慰問保險			
突發事故交通費用保險			
旅行不便保 險	旅程取消保險		
	班機延誤保險		
	旅程更改保險		
	行李延誤保險		
	行李損失保險		
	旅行文件損失保險		
附加保險 承保項目		□ (旅遊傷害保險) 保險金額	□ (旅行平安保險) 保險金額
每人身故失能(喪葬費用失能)保險金額		<input type="checkbox"/> 萬元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊	<input checked="" type="checkbox"/> 200 萬元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊
每人傷害醫療保險金額		<input type="checkbox"/> 萬元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊	<input checked="" type="checkbox"/> 20 萬元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊
每人海外突發疾病醫療健康保險金額		<input type="checkbox"/> 萬元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊	<input type="checkbox"/> 萬元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊
每人海外突發疾病醫療健康保險金額(含法定傳染病)		<input type="checkbox"/> 萬元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊	<input type="checkbox"/> 萬元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊
□ 旅遊期間住居所第三 人責任保險金額(自 負 額 5 仟元)	每一個人體傷責任	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊
	每一個人死亡責任	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊
	每一意外事故體傷及死亡責任	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊
	每一意外事故財物損害責任	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊
	保險期間內之最高賠償金額	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊
□ 旅遊期間住居所動產損失保險金額(自負額 5 仟元)		<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊
□ 食物中毒慰問金		<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 詳如名冊
總保險費(新台幣)		元	元

1. 就本次旅遊，被保險人是否已經購買其它旅遊平安保險… 否 是 請說明：公司名稱：_____

保險種類：_____ 保險金額：_____ 萬元

2. 被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險(請勾選)。

(一) 實支實付型傷害醫療保險： 是, 否 (二) 實支實付型醫療保險： 是, 否

3. 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？ 是, 否 如勾選是者，請提供相關證明文件。

本商品已附加「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」，對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動，其給付額度最高以新台幣二百萬元為限，詳細約定請參閱條款。身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意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，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

要保人與被保險人聲明事項：

1. 本人（被保險人）同意臺灣產物保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
2. 本人（被保險人、要保人）同意臺灣產物保險股份有限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。
3. 本人（被保險人、要保人）同意臺灣產物保險股份有限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。
4. 本人（被保險人、要保人）已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保臺灣產物保險股份有限公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知臺灣產物保險股份有限公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而臺灣產物保險股份有限公司仍承保者，臺灣產物保險股份有限公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知臺灣產物保險股份有限公司者，同意臺灣產物保險股份有限公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。

◎本要保書面詢問之告知事項係本人（被保險人、要保人）親自填寫，均屬詳實無訛，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，臺灣產物保險股份有限公司得依保險法第六十四條解除本契約，保險事故發生後亦同；要保書之告知事項及聲明事項應由要保人及被保險人親自確認後簽名。

請親簽

要保人簽名：_____

被保險人簽名：_____

法定代理人簽名：_____

（未成年者其法定代理人簽名）

要保日期：民國 年 月 日

◎本人（要保人）已審閱：貴公司所提供之保單條款。

要保人簽名：_____

法定代理人/監護人簽名：_____

（要保人未成年者或受監護宣告者須簽名）

保 經 代 填 寫 欄 位				
單位名稱	單位代號	招攬人員簽名	登錄證字號	保經、代公司簽章
保 險 公 司 填 寫 欄 位				
核保	經辦	輸入	保險業務員/服務人員	登錄證字號

註：要保書若為拍照檔，需清楚，不應為明顯看出拍照檔之角度，因要保書 MAIL 紙給保險公司會被印出後再掃描給核保，照片檔容易模糊，故建議要保書使用掃描檔。

填寫注意事項：

1. 保險期間，若評鑑日期不連續，需另填一張要保書，如評鑑日期為 114/1/10-11，1/20，且需住宿 114/1/9-10 及 1/19，則需填寫兩張要保書，114/1/9-11 一張，1/19-1/20 一張，共兩張。
2. 住居所請填實際居住所完整地址至門牌號碼，請勿寫本會地址。
3. 受益人姓名請填寫法定繼承人或指定受益人，如有指定受益人請填寫與被保險人關係。
4. 旅遊地區台灣指台灣本島、澎湖、金門及馬祖，如有非台灣地區另案處理。
5. 保險期間請填年/月/日/時，依前述第 1 點範例，第一張填寫 114 年 1 月 9 日 0 時至 114 年 1 月 11 日 23 時，第二張填寫 114 年 1 月 19 日 0 時至 114 年 1 月 20 日 23 時。
6. 被保險人簽名需親筆簽名，保險公司不接受電子簽章。



要保書需於保險期間開始前(評鑑日期包含住宿當天)至少兩個工作日提供本會投保承辦人員(巫小姐)，以**電子郵件(優先)**或傳真方式通知。
逾期申請本會將無法代為轉交投保作業。

TEL：(03) 533-6333#282，FAX：(03) 533-8717，
EMAIL：rita@taftw.org.tw(公用帳號如申請通過將再變更為公用信箱)



要保書正本請務必於投保申請日起 30 個工作日內或隨同評鑑案領據、現場評鑑報告等資料，寄回本會新竹辦公室

(300 新竹市東區北大路 95 號 2 樓 巫小姐收)，

正本文件需提供予保險公司。



申請完成