

臺銀人壽保險股份有限公司

復效 / 附約要保申請書

- 一、請檢附保險單正本
- 二、請填寫申請書正面及背面
- 三、填寫之資料請勿塗改

填表日期： 年 月 日 (申請書欄位請詳實填寫) 保單號碼： _____ 日間聯絡電話： _____

復效項目 (請勾選)	
<input type="checkbox"/> 主契約	<input type="checkbox"/> 主契約及全部附約
<input type="checkbox"/> 全部附約	
<input type="checkbox"/> 附約：	
附約要保項目 (保額/等級)	
<input type="checkbox"/> (附 1T) 新傷害死亡及失能給付附約(99) <input type="checkbox"/> 本人保額 _____ 萬元 <input type="checkbox"/> 配偶 _____ 萬元 <input type="checkbox"/> 子女 _____ 萬元	保險費
<input type="checkbox"/> (附 1P) 健康人生綜合住院醫療給付保險附約 <input type="checkbox"/> 本人日額 _____ 元 <input type="checkbox"/> 配偶日額 _____ 元 <input type="checkbox"/> 子女日額 _____ 元	
<input type="checkbox"/> (附 1Q) 金安心住院醫療健康保險附約 <input type="checkbox"/> 本人 _____ 單位 <input type="checkbox"/> 配偶 _____ 單位 <input type="checkbox"/> 子女 _____ 單位	
<input type="checkbox"/> (附 1U) 新安康傷害保險附約 <input type="checkbox"/> 本人 _____ 單位 <input type="checkbox"/> 配偶 _____ 單位 <input type="checkbox"/> 子女 _____ 單位	
保險費合計： _____ 元	
投保經歷	被保險人有無投保其他商業實支實付型傷害醫療保險？ <input type="checkbox"/> 有， 公司名稱： _____ ； <input type="checkbox"/> 無 保險金額： _____
	被保險人有無投保其他商業實支實付型醫療保險？ <input type="checkbox"/> 有， 公司名稱： _____ ； <input type="checkbox"/> 無 保險金額： _____
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ (如勾選是者，請提供前述手冊或證明。)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	目前是否受有監護宣告？ (如勾選是者，請提供相關證明。)

註一、本復效案須俟本公司同意後並繳清欠繳保費之翌日上午零時起恢復保單效力。
 註二、本復效案在本公司同意前已繳清欠繳保費者，仍須俟本公司同意後溯自收文日翌日上午零時起生效。
 註三、附約要保保險費應與主契約保險費一併交付。
 註四、經本公司通知繳納應繳保費後，要保人未能於限期(七天)內繳足應繳保費者，視為不願辦理復效或附約要保，本申請書自動作廢。

若有變更下列項目請勾選：

1. 變更要保人住所為： _____ 縣 _____ 市 _____ 鄉 _____ 鎮 _____ 村 _____ 里 _____ 鄰 _____ 號
2. 變更收費(通訊)地址為： _____ 縣 _____ 市 _____ 鄉 _____ 鎮 _____ 村 _____ 里 _____ 鄰 _____ 號

※要保人之住所、收費/通訊地址，不得為本公司、分公司、保險代理人、保險經紀人、銀行及其分支機構之營業處所或招攬業務員之住所或居所。

3. 補發保險單※請務必檢附要、被保險人身分證正反面影本、變更簽章印鑑卡及工本費劃撥收據正本。
4. 變更簽章 要保人 被保險人 法定代理人、監護人、輔助人簽章樣式採 印鑑 簽名為憑。
 (請檢附變更簽章印鑑卡及身分證正反面影本) ※原簽章樣式同時作廢，嗣後往來以「變更簽章印鑑卡」約定之新簽章樣式為憑。
5. 聯絡電話：(O) _____ (H) _____ (手機) _____

E-mail： _____

6. 其他： _____
- ※本次事項辦理完成保單寄發地址： 要保地址 收費地址

經證明身分， 本申請書
 變更印鑑簽章卡確為 要
 保人 被保險人 從被保
 險人 法定代理人、監護
 人、輔助人親自辦理無誤，
 如有虛偽不實，本人願負法
 律上應負之責任。

單位：

服務人員簽章：

保險經代簽署章：

年 月 日

本公司驗證欄(保戶請勿填寫)

醫務評核	會 科	審 核	批示：核定層級 <input type="checkbox"/> 經理 <input type="checkbox"/> 副理 <input type="checkbox"/> 襄理 <input type="checkbox"/> 科長 <input type="checkbox"/> 核保人員
<input type="checkbox"/> 經醫務評核屬本公司承保範圍。 <input type="checkbox"/> 經醫務評核為： <input type="checkbox"/> 加 點 <input type="checkbox"/> 延 保 <input type="checkbox"/> 拒 保		一、所附資料是否與規定相符？(是)(否) 二、是否有理賠註記、在保記錄、拒保紀錄、公會通報資料？(有)(無) 三、告知事項是否核屬本公司承保範圍？(是)(否) 四、主約 _____ 附約 _____ 停效日 _____，俟補足欠繳保費後擬予同意復效。 五、自 <input type="checkbox"/> 復效完成日 <input type="checkbox"/> 變更第 _____ 項。 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 中途加保	生效日期 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 保單另寄 驗印： _____ 經辦： _____ 覆核： _____	

繳費日：

金額：

繳費通知單郵寄日：

臺銀人壽保險股份有限公司

被保險人健康聲明書



B 0 1 0 0 2 0 1

投保眷屬基本資料

姓 名	身分證統一編號	出生日期 (民國)	身 高 (公分)	體 重 (公斤)	與主契約被 保險人關係	職 業 / 詳細工作內容	職業 類別	身故受益人

是 否 投保眷屬是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ (如勾選是者，請提供前述手冊或證明。)

是 否 投保眷屬目前是否受有監護宣告？ (如勾選是者，請提供相關證明。)

※為確保您的權益，請務必親自填寫本「告知事項」，如有不實，本公司得依保險法第六十四條解除契約，保險事故發生後亦同。

服務單位/ 職位	工作內容 (含兼業)	身 高	公 分	體 重	公 斤
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	下列告知事項，是否有為“是”者？				

1. 過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)
2. 最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？
3. 過去五年內，是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？
(1)高血壓症(指收縮壓140或舒張壓90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。(3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT等肝功能檢驗數值異於檢驗標準的正常值)。(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。(7)癌症(惡性腫瘤)。(8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。(9)糖尿病、類風溼性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。(10)紅斑性狼瘡、膠原症。(11)愛滋病或愛滋病帶原。
4. 過去一年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？
(1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。(3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。(4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。(5)痛風、高血脂症。(6)青光眼、白內障。

- 被保險人如投保健康保險請回答以下問題：**
9. 目前是否仍患有下列疾病？
腦性麻痺、頭部外傷、單純性甲狀腺腫、顏面神經麻痺、坐骨神經痛、三叉神經痛、中耳炎、鼻竇炎、痔瘡、扁桃腺炎、肺炎、淋巴肉腫、膽囊炎、膽結石、胃炎、腸阻塞、早產兒、闌尾炎、急性腸胃炎、精索靜脈曲張、陰囊水腫、泌尿結石、疝氣、脊柱彎曲、椎間盤脫出或分離、骨折、肌骨膜炎、蠱豆症、淋病、子宮肌瘤。

- 被保險人如投保傷害保險請回答以下問題：**
10. 目前身體機能是否有下列障害？
(1)失明。(2)曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表○·三以下。(3)聾。(4)曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。(5)啞。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。

- 投保眷屬附約請回答以下問題：**
11. 您的眷屬是否有上述第1~10項所列事項？

是 否 如與長期照顧保險有關，請繼續回答第12及第13項，是否有告知為“是”之情事？

12. 過去五年內，是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？
(1)阿茲海默氏病。(2)退化性關節炎。(3)骨質疏鬆症。(4)失智症。(5)退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者。(6)椎間盤疾患，伴有脊髓病變者。(7)脊椎狹窄。(8)外傷脊椎病變。(9)脊椎腫瘤。
13. 過去一年內是否曾因患有運動神經元疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？

上列告知事項中，如有答覆為「是」者，請註明告知事項編號並詳述原因或疾病之名稱、症狀、治療經過、大約就診時間、地點、診斷結果及目前狀況：

是 否 如與長青守護十年定期防癌健康有關，請回答下列告知事項，是否有為“是”者？

1. 過去五年內，是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？
(1)腦瘤。(2)肝炎、肝硬化。(3)癌症(惡性腫瘤)。(4)白血病。(5)愛滋病或愛滋病帶原。
2. 過去一年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？
(1)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。(2)肝炎病毒帶原、黃疸。

3. 目前是否仍患有下列疾病？
(1)單純性甲狀腺腫。(2)淋巴肉腫。(3)胃炎。(4)腸阻塞。(5)子宮肌瘤。
- 被保險人為女性時，請回答以下問題：**
4. 過去一年內是否曾患乳漏症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？

上列告知事項中，如有答覆為「是」者，請註明告知事項編號並詳述原因或疾病之名稱、症狀、治療經過、大約就診時間、地點、診斷結果及目前狀況：

聲明事項 要保人與被保險人向臺銀人壽保險股份有限公司（以下稱貴公司）聲明同意下列各項：

1. 本人（被保險人）同意貴公司得蒐集、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）同意貴公司將本申請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。
4. 實支實付型傷害醫療保險適用：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貴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貴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，而貴公司仍承保者，貴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貴公司者，同意貴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。
5. 實支實付型醫療保險適用：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貴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貴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，而貴公司仍承保者，貴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貴公司者，同意貴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，但貴公司應以「日額」方式給付。

臺銀人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項：

臺銀人壽保險股份有限公司(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(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

- (一) 人身保險(00一)。
- (二) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。

二、蒐集之個人資料類別：

- (一) 姓名。
- (二) 出生年月日及身分證統一編號。
- (三) 地址及電話等聯絡方式。
- (四) 病歷、醫療、健康檢查。
- (五) 其他詳如要保書等相關業務申請文件內容。

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。
- (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)公司及本公司海外分支機構、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、合作推廣台端保險契約之保險代理人/保險經紀人、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (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：以書面、電子郵件、傳真、電子文件。

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。

臺銀人壽病歷、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)同意貴公司基於人身保險業務需要，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。

要保人、被保險人及法定代理人已詳閱本申請書聲明及告知事項之內容，確實了解貴公司對聲明及告知事項所作之完整說明。確認簽名如下：

要保人： 法定代理人： /關係：
(簽名及蓋原投保印章) (如非原投保印章請黏附身分證正反面影本)

被保險人： 法定代理人： /關係：
(含附約從被保險人) (簽名及蓋原投保印章) (如非原投保印章請黏附身分證正反面影本)