

# 臺銀人壽保險股份有限公司

## 復效 / 附約中途要保 申請書

一、請填寫申請書正面及背面  
 二、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：	
<b>附約要保項目 (保額/等級) - 請另填列「臺銀人壽個人健康險及傷害險之費率可能調整告知書」及「保險契約審閱期間確認聲明書」</b>	
<input type="checkbox"/> 已審閱附約保單條款樣本或影本	
<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 1W) 新傷害死亡及失能給付附約(110)	<input type="checkbox"/> 本人保額 _____ 萬元 <input type="checkbox"/> 配偶 _____ 萬元 <input type="checkbox"/> 子女 _____ 萬元
<input type="checkbox"/> (附 1Z) 新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
保險費合計： _____ 元	
<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，**契約狀況為展期、繳清案件不予受理附約要保申請。**  
 註四、經本公司通知繳納應繳保費後，要保人未能於限期內繳足應繳保費者，視為不願辦理復效或附約要保，本申請書自動作廢。

**註五、停效逾兩年案件不予受理復效申請。**

**若有變更下列項目請勾選：**

1. 變更要保人住所為： \_\_\_\_\_ 縣 \_\_\_\_\_ 鄉區 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 鎮市 \_\_\_\_\_
2. 變更收費(通訊)地址為： \_\_\_\_\_ 縣 \_\_\_\_\_ 鄉區 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 鎮市 \_\_\_\_\_
3. 變更被保險人地址為： \_\_\_\_\_ 縣 \_\_\_\_\_ 鄉區 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 鎮市 \_\_\_\_\_



**※要保人之住所、收費/通訊地址、被保險人地址，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。**

4. 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。**
5. 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。**

6. 聯絡要保人電話：(O) \_\_\_\_\_ (H) \_\_\_\_\_ (手機) \_\_\_\_\_  
 聯絡被保險人電話：(O) \_\_\_\_\_ (H) \_\_\_\_\_ (手機) \_\_\_\_\_  
 要保人 E-mail： \_\_\_\_\_  
 被保人 E-mail： \_\_\_\_\_
7. 其他： \_\_\_\_\_



※本次事項辦理完成通知函(保單)寄發地址： 要保地址  收費地址

經驗明身分，本申請書/變更簽章印鑑卡確為要保人/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。					保經、代公司簽章
通路代號	單位代號	業務員簽名 / 經紀人或代理人簽名	業務員登錄字號 / 聯絡電話	通訊處單位主管	

# 臺銀人壽保險股份有限公司

## 被保險人健康聲明書

### 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
-------------	---------------	-----	-----	-----	-----

是 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。

5. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？

6. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？

■被保險人為女性時，請回答以下問題：

7. 過去一年內是否曾患乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？
8. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週。

■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、蠶豆症、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) 行銷(0四0)。
- (三) 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(0五九)。
- (四) 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：    
(簽名及蓋原投保印章)(如非原投保印章請檢附身分證正反面影本)

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

法定代理人身分證統一編號：

法定代理人出生日期：年月日 國籍：

被保險人：   
(含附約從被保險人)  
(簽名及蓋原投保印章)(如非原投保印章請檢附身分證正反面影本)

### 臺銀人壽個人健康險及傷害險之費率可能調整告知書

下列商品保單條款具有費率調整約定內容，將依陳報主管機關之費率及被保險人年齡計算保險費。

#### 【敬請勾選所保商品名稱】

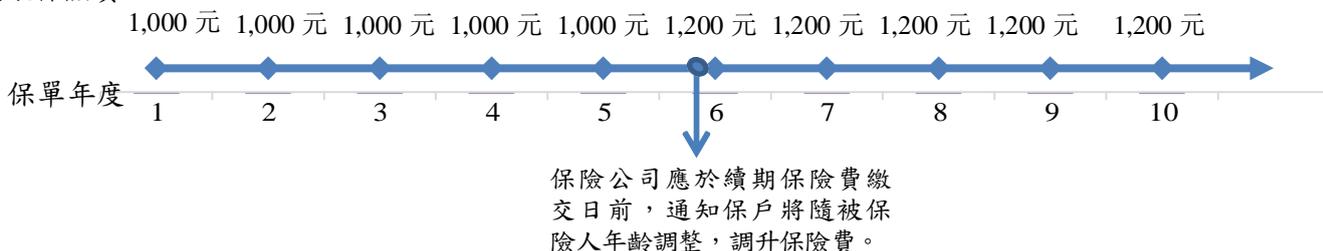
商品名稱	<input type="checkbox"/>	(附約IP)健康人生綜合住院醫療給付保險附約	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	(附約IW)新傷害死亡及失能給付附約(110)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	(附約IZ)新金安心住院醫療健康保險附約	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

#### 【調整費率情境說明】

##### ● 將依被保險人保險年齡所對應之費率進行調整：

假設保戶投保時，約定年繳保險費為新台幣 1,000 元，於第 6 保單年度時，將依當年度保險年齡計算保險費；經對照商品費率表，其年繳保險費隨被保險人年齡增加調升為新台幣 1,200 元。

每年應繳保險費



##### ● 可能依保險商品實際損失率與預期損失率情形進行調整：

假設保戶投保時，約定年繳保險費為新台幣 1,000 元，可能會有下列調整費率態樣：

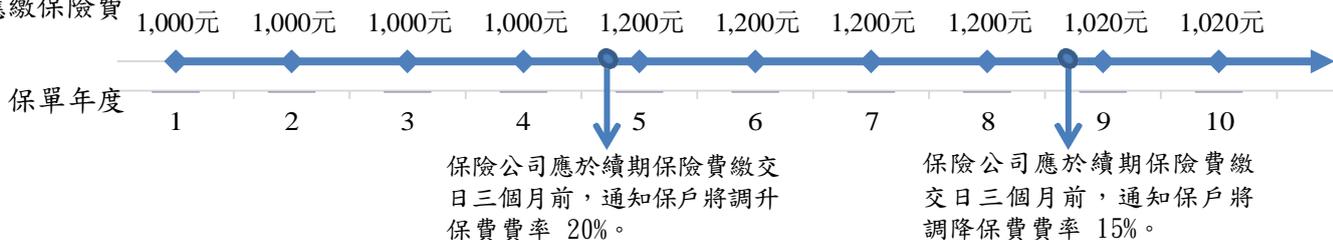
態樣一：最近三至五年實際損失率大於預期損失率，為能顧及保戶權益以及強化保險公司清償能力，啟動費率調整機制，調升續保保險費。

態樣二：最近三至五年實際損失率小於預期損失率，為能顧及適度反映經營績效，啟動費率調整機制，調降續保保險費。

態樣一  
調升續保保險費

態樣二  
調降續保保險費

每年應繳保險費



本人(即要保人)聲明本次投保已詳閱本告知書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所保商品係有費率調整機制。

此致 臺銀人壽保險股份有限公司

立聲明書人(要保人)親自簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人親自簽名：\_\_\_\_\_

業務員/執業經紀人(代理人)親自簽名：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日



# 臺銀人壽保險股份有限公司

## 保險契約審閱期間確認聲明書

一、本人(即要保人，以下同)因投保下表勾示之貴公司保險商品

勾選	商品名稱	勾選	商品名稱
<input type="checkbox"/>	健康人生綜合住院醫療給付保險附約 (險種代號附約:1P)	<input type="checkbox"/>	新金安心住院醫療健康保險附約 (險種代號附約:1Z)
<input type="checkbox"/>	新傷害死亡及失能給付附約(110) (險種代號附約:1W)		

經業務人員親送 傳真 郵寄 網路 電子郵件(可複選)之方式取得保險契約條款樣張。

二、本人就上述保險契約條款樣張之審閱期間聲明如下：

本人於民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日取得上述保險契約條款樣張並審閱至少三日。

其他:\_\_\_\_\_

此致

臺銀人壽保險股份有限公司

要保人簽名:\_\_\_\_\_ 法定代理人簽名:\_\_\_\_\_

聲明日期:中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

.....

業務員確認此份聲明書係由要保人/法定代理人親自簽名無誤。

業務員/招攬之保險經紀人或保險代理人 簽名:\_\_\_\_\_

※審閱期間計算方式舉例說明如下：

假設取得保單條款樣張日期為 9 月 1 日 (T 日)；

則本聲明書聲明日期應為 9 月 5 日 (含) 以後【即聲明日期≥T+4 日】



## 特別提醒事項聲明書

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解本次申請投保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，貴公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則。

此致

臺銀人壽保險股份公司

要保人簽名：  要保人之法定代理人/監護人/輔助人簽名：

被保險人簽名：  被保險人之法定代理人/監護人/輔助人簽名：

(要保人、被保險人未滿7足歲或受監護/輔助宣告者，應由法定代理人/監護人/輔助人代為簽名；要保人、被保險人為7歲(含)以上之未成年人，由本人及法定代理人簽名。)

聲明日期：民國  年  月  日

[註] 同性質保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

本文件需簽名之欄位，已由簽名欄所稱之當事人本人親自簽名，且經招攬人員親視簽名無誤。

招攬人員簽名：  簽署日期：民國  年  月  日

