

臺銀人壽新人身傷害保險要保書

107.09.14 壽險契行字第 1070740130 號函備查
109.07.01 壽險契行字第 1090740062 號函備查



保單號碼：

※本商品經本公司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，應由本公司及負責人依法負責。
※投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。
※本公司資訊公開說明文件，歡迎至本公司網站 <https://www.twfhlife.com.tw> 查閱；如需書面文件請電洽免付費服務電話 0800-011966 或至本公司總分支機構索取。
※本商品為保險商品，依保險法及相關規定受保險安定基金之保障。本商品非銀行存款，無受存款保險之保障。
※本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。

保單寄送方式：要保人住所 要保人通訊地址 送件單位轉交 業務員親取轉交 (若未指定時，則寄要保人通訊地址)

為提高辨識效果，敬請使用正楷填寫，如有塗改，請要保人於塗改處簽名。

被保險人	姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號					
	出生日期	民國	年	月	日	保險年齡	歲	電話	(住宅) (公司) (手機)		
	住所	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
	<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。)						國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	目前是否受有監護宣告?(如勾選是者，請提供相關證明文件。)										
要保人	與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人(可僅填通訊地址、電子郵件信箱)；被保險人之 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____									
	姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號					
	出生日期	民國	年	月	日	電話	(住宅) (公司) (手機)				
	服務單位/職位			工作內容(含兼業)			國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	住所	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 或 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 或 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
	電子郵件信箱										
投保內容	基本保險項目	<p>※非因保險契約所載之保險事故身故致保險契約效力終止時，不論保險契約是否已給付任何一種保險金，本公司將退還本契約之未到期保險費予要保人。</p> <p>1.身故保險金或喪葬費用保險金 2.失能保險金 3.重大燒燙傷保險金</p>									
	保險金額	新臺幣			萬元	主契約保險費			元	總保險費	
	附加契約		保險金額			<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 單位	保險費			元	元
	附加契約		保險金額			<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 單位	保險費			元	
保險期間(台灣標準時間)	自 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 零 時 起 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 零 時 止										
	保險期間為一年者，保險期間屆滿後，經本公司同意且要保人於續保始日起七日內繳付保險費時，本契約視為續保，續保之始期以原契約屆滿日的翌日零時為準。										
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？(附加保險者填寫)					<input type="checkbox"/> 有，公司名稱：_____，保險金額：_____； <input type="checkbox"/> 無					
	被保險人有無投保其他商業實支實付型醫療保險？(附加保險者填寫)					<input type="checkbox"/> 有，公司名稱：_____，保險金額：_____； <input type="checkbox"/> 無					

給付項目	姓名	出生日期/ 註冊設立日期	身分證統一編號	國籍	與被保險人 關係	分配方式
身故保險金						*分配方式若未勾選， 則推定為均分。 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 (請註明順序) <input type="checkbox"/> 比例 (請註明比例) 壽險或傷害險身故保險金 之給付於被保險人滿十五 足歲之日起發生效力。
	身故保險金 受益人地址 電話填寫欄位					
姓名/地址/電話： *身故保險金受益人如係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。						

被 保 人 告 知 事 項	※為確保您的權益，請要保人及被保險人務必親自填寫本「告知事項」，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，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)					
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	下列告知事項，是否有為「是」者？		身 高	公 分	體 重	公 斤
1. 過去二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140mm或舒張壓90mm以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、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、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。(3)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4)糖尿病 (5)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。 2. 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？ (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。 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。							

已審閱 「要保書填寫說明」、「保單條款樣本或影本」、「投保人須知」及「臺銀人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項」。

本人(要保人、被保險人)於投保前已詳閱本要保書告知及聲明事項之內容，確實了解貴公司對告知及聲明事項所作之完善說明並願意投保，確認簽名如下：

申請日期	要保人簽名	被保險人簽名	法定代理人簽名
民國 年 月 日	未滿 7 足歲或受監護宣告者，由法定代理人(監護人)代簽；7 歲(含)以上未滿 20 足歲者，由要保人本人親自簽名	未滿 7 足歲或受監護宣告者，由法定代理人(監護人)代簽；7 歲(含)以上未滿 20 足歲者，由被保險人本人親自簽名	(與要保人或被保險人關係：) 要/被保險人未滿 20 足歲或受監護宣告者，需其法定代理人(監護人)簽名

通路代號	單位代號	業務員簽名/ 招攬之保險經紀人或保險代理人簽名	業務員登錄字號/ 執業證書號碼	保險經代簽署章/ 通訊處單位主管

