

- 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

臺銀人壽保險股份有限公司

網址：www.twfhlife.com.tw
地址：10682 臺北市大安區敦化南路二段 69 號 3 樓
電話：(02) 27849151 轉保全科或洽各分公司
免付費電話：0800-011-966

契約轉換申請書暨功能性契約轉換重要事項確認聲明書

附表 3

茲向臺銀人壽保險股份有限公司(下稱貴公司)申請轉換保險契約內容如下,並經貴公司以☐業務人員親送☐傳真☐郵寄☐網路~~□~~電子郵件方式,提供轉換後保單完整內容之保險契約條款樣張予本人。本人同意將轉換前契約之責任準備金轉換為下列轉換後契約,轉換後契約之保單要保人、被保險人、身故受益人、要保人住所/收費地址等基本資料與轉換前契約資料相同。

轉換前契約保單號碼	申請轉換內容	祝壽保險金受益人	姓名	身份證字號	與被保險人關係	分配方式
轉換後契約險種名稱	<input type="checkbox"/> 全額轉換,附加契約請依下列方式處理(擇一勾選): <input type="checkbox"/> 保留貴公司現行銷售中附約,其餘附約自轉換生效日起全部取消。 <input type="checkbox"/> 自轉換生效日起取消全部附約。 <input type="checkbox"/> 部分轉換,轉換前契約自轉換生效日起降低保額為新臺幣_____萬元整,其附加契約保額若超過最高承保限額,同意貴公司調降至該限額。					
<input type="checkbox"/> 新樂活人生長期照顧終身保險(HV) <input type="checkbox"/> 新松柏長青終身醫療健康保險(JF)			※受益人指定一人以上,若未特別指定順位,則推定為均分。如無指定,則以要保人為受益人。			
			由本公司填寫	轉換後契約 保險金額 元	保單號碼: 繳費年期 年	應補責任準備金 元

※為確認您了解對您權益之影響,本公司將於轉換生效後以電話方式與您再次聯繫確認!

請提供要保人行動電話:_____方便電訪要保人時間:☐上午 9-12 時☐下午 12-17 時☐晚上 17-19 時
(若要保人填載之行動電話號碼與原留存號碼不同,本公司日後得以此號碼為保險契約之聯絡資料)

本次事項辦理完成保單寄發地址:☐要保地址☐收費地址☐其他地址:_____

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

- 上開轉換後保單完整內容之保險契約條款樣張已由貴公司提供予本人,本人已知悉轉換後的契約內容。
- 轉換前契約如有欠繳保險費(含自動墊繳保險費)或保單借款本息未還清者,要保人應先清償全部欠繳款項金額。
- 轉換為健康險注意事項:本人已知悉轉換後之各項保險給付項目,並了解轉換後**無解約金且不得辦理保單借款**。
- 本人已於契約轉換當時確實填寫健康告知書,若有告知不實而足以影響公司之風險評估,貴公司得以回復原契約,且不需負擔轉換後契約之理賠責任。
- 本人已了解轉換前後商品包含保障期間、給付項目及預定利率等差異。

◎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、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:上述對象所在地之地區。(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。

本人(要保人、被保險人)業經 貴公司提供上開保險契約條款樣張及充分瞭解聲明事項,並於本聲明書親自簽名確認無誤。

要保人簽章:_____ 被保險人簽章:_____

(應由本人依保單最後登載之簽章方式親自簽章,您的簽名即表示您已充分瞭解並同意本聲明書內容,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)以上未成年者,由本人親自簽章)

法定代理人簽章:_____ 申請日期:民國_____年_____月_____日

(與要保人或被保險人關係:_____,要/被保險人未成年或受監護宣告者,需其法定代理人(監護人)簽章)

服務單位	經驗明身分,本申請書暨聲明書、被保險人健康聲明書及功能性契約轉換前後利益比較暨權益說明書確為□要保人□被保險人□法定代理人親自簽章無誤,如有虛偽不實,本人願負法律上應負之責任。	臺銀人壽受理簽章
	服務單位:_____ 服務人員簽章:_____ 保經代簽署章:_____	

臺銀人壽保險股份有限公司

被保險人健康聲明書

※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、心肌梗厚、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。(12)阿茲海默氏病。(13)退化性關節炎。(14)骨質疏鬆症。(15)失智症。(16)退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者。(17)椎間盤疾患，伴有脊髓病變者。(18)脊椎狹窄。(19)外傷脊椎病變。(20)脊椎腫瘤。 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。(7)運動神經元疾病。			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？ 7. 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。 8. 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〇・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。 ■被保險人為女性時，請回答以下問題： 9. 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？ 10. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？--- 週。		
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：

- 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。
- 本人（被保險人、要保人）同意貴公司將本申請書上所载本人資料轉送產、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。
- 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。
- 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。
- 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 章： 被 保 險 人 簽 章：

(應由本人依保單最後登載之簽章方式親自簽章，您的簽名即表示您已充分瞭解並同意本聲明書內容，
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)以上未成年者，由本人親自簽章)

法定代理人簽章： 申 請 日 期：民國 年 月 日

(與要保人或被保險人關係： ，要／被保險人未成年或受監護宣告者，需其法定代理人(監護人)簽章)