

臺銀人壽不分紅人壽保險要保書(銀行通路 A)

106.01.03壽險精字第1060540005號函備查
112.01.03壽險精字第1120540002號函備查

彙繳單位：_____ 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，並把握保單契約撤銷之時效（收到保單翌日起算十日內）。

※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。

※部分保險商品之部分年齡可能發生累積所繳保險費扣除已領生存保險金給付後之金額超出身故保險金給付之情形，請參閱各保險商品之保單條款。

※人壽保險契約含其他保險給付者，當該被保險人身故時，本公司除依照契約條款約定給付保險金外，另將於各該契約條款約定退還其他未給付部分之解約金或未滿期保險費予要保人；惟其給付成本之計算已考慮死亡脫退因素者，不在此限，詳細內容請參閱各該契約條款。

※健康保險契約「疾病等待期間」之相關約定，請參閱各該健康保險契約條款。

※健康保險或傷害保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時（除保險契約已使用脫退率計價者外），本公司將依各該契約條款之約定給付解約金或退還當期已繳付未到期保險費予要保人。

※被保險人於本契約有效期間內，因戰爭（不論宣戰與否），內亂或其他類似的武裝變亂致死或失能時，本公司以該被保險人於本公司所投保之人壽保險（含主契約及附約）當年度應給付金額給付，但合計最高以新臺幣貳佰萬元為限；若當年度其保單價值準備金合計超過新臺幣貳佰萬元者，本公司按其保單價值準備金給付，惟部分保險商品無戰爭、內亂或其他類似的武裝變亂致死或失能限額給付者，不在此限，詳細內容請參閱各該契約條款。

※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（若未指定時，則寄要保人通訊地址）

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"/>									
	電子郵件信箱										
	<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_____	
要保人	<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。)									
	與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人(可僅填通訊地址)；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_____			
人	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"/> <input type="checkbox"/> 同要保人住所									
	電子郵件信箱										
投保內容	險 種 名 稱					繳 費 年 期	年	主契約 保險費	元		
	保 險 金 額	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 單位				保 險 期 間	年				
	繳 別	<input type="checkbox"/> 躉繳 <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳				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			
	附 加 契 約			保 險 金 額	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 單位		保 險 費	元			
	附 加 契 約			保 險 金 額	<input type="checkbox"/> 元 <input type="checkbox"/> 單位		保 險 費	元			
繳費方式	首期保險費	<input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 郵局劃撥 <input type="checkbox"/> 銀行(郵局)轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡				*如為銀行(郵局)轉帳/信用卡者，請另填「保險費自動轉帳付款授權書」/「信用卡繳付保險費授權書」。					
	續期保險費	<input type="checkbox"/> 自行繳費 <input type="checkbox"/> 銀行(郵局)轉帳 <input type="checkbox"/> 其他：_____									

為提高辨識效果，敬請使用正填寫，如有更改，請要保人於改處簽名。

自動墊繳	<input type="checkbox"/> 同意墊繳 <input type="checkbox"/> 不同意墊繳		要保人是否同意保險費逾寬限期間未繳付時，以保單價值準備金自動墊繳保險費？ <small>(本保險單之主、附約累積有保單價值準備金時，個別墊繳該主、附約之應繳續期保險費及利息，附約保險費不得以主契約的保單價值準備金墊繳。墊繳保險費的利息，自寬限期間終了之翌日起，按墊繳當時本保單辦理保單借款的利率計算，並應於墊繳日後之翌日開始償付利息；但要保人自應償付利息之日起，未付利息已逾一年以上而經催告後仍未償付者，本公司得將其利息滾入墊繳保險費後再行計息。)</small>					
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； <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？		<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無					
※若依契約條款規定無該項保險金時，雖於受益人欄填寫受益人姓名仍不生效力。								
受 益 人	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	
	生存保險金						*受益人指定一人以上，若未特別指定順位，則推定為均分。	
	滿期保險金						*生存/滿期保險金受益人未指定時，以要保人為受益人。	
	祝壽保險金						*祝壽保險金受益人未指定時，以被保險人為受益人。	
	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)	
	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。						
	生存保險金 領取方式	<input type="checkbox"/> 電匯 (如右) <input type="checkbox"/> 支票	銀行/信合社/農會 分行/分社/分會； <input type="checkbox"/> 郵局(700) 帳號： 戶名：同生存保險金受益人					
滿期保險金 領取方式	<input type="checkbox"/> 電匯 (如右) <input type="checkbox"/> 支票	銀行/信合社/農會 分行/分社/分會； <input type="checkbox"/> 郵局(700) 帳號： 戶名：同滿期保險金受益人						
※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。								
被 保 險 人 告 知 事 項	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 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。			
	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：							



* A 0 1 0 0 1 0 3 *

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。
	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。

電 子 單 據	<input type="checkbox"/> 申請，並適用於要保人於臺銀人壽所有個人保單。(未勾選視為不申請；申請時，請務必填寫要保人電子郵件信箱)
	1. 要保人同意本公司應交付或通知要保人各項通知書、收據等及日後新增其他電子通知單，皆以電子郵件方式寄發至要保人電子郵件信箱，本公司不需另行通知要保人。
	2. 本要保書內所載之電子郵件信箱與其他文件不符時，以本要保書為主並同意本公司得依本公司所留存最新電子郵件信箱進行通知。
	3. 要保人同意本公司同一要保人日後向本公司投保生效之保險契約，本公司得依指定之電子郵件信箱進行電子通知單服務，本公司不需另行通知要保人。
	4. 若法令或主管機關規定相關單據需採書面寄送者，本公司逕行改書面方式通知，不再以電子文件方式通知。

<input type="checkbox"/> 已審閱	「要保書填寫說明」、「保單條款樣本或影本」、「人壽保險投保人須知」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整說明並願意投保，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)以上未成年者，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)以上未成年者，由被保險人本人親自簽名	(與要保人或被保險人關係：____)要／被保險人未成年或受監護宣告者，需其法定代理人(監護人)簽名

通路代號	單位代號 (分行別)	業務員簽名	業務員登錄字號	保險經代簽署章



付款授權書編號：869