

台灣人壽傷害保險要保書

※歡迎至台灣人壽網頁：「www.taiwanlife.com」了解本公司經營資訊（資訊公開說明文件），或可電洽客戶服務專線：0800-099850 或(02)81705156。

※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。

※為確認要保人、被保險人具意願且瞭解其投保內容或變更事項，台灣人壽有可能採取電訪或生調方式聯繫保單相關人，以符合法令要求並確保您的權益。

※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險單條款，消費者務必詳加閱讀了解。



要保書文號：中華民國 96 年 9 月 7 日 96 台壽契字第 00135 號函備查

要保書文號：中華民國 115 年 01 月 01 日台壽字第 1152630004 號函備查修正

■基本資料（以下資料請以正楷填寫，如有塗改，請要保人於塗改處親自簽章。） 保單號碼：

被保險人	姓 名		身 分 證 統 一 編 號		性 別	☐ 男 ☐ 女
	出 生 日 期	民國 年 月 日 歲	國 籍	☐ 本國 ☐ 其他：	婚 姻 狀 況	☐ 單身 ☐ 已婚
	營 業 項 目		服 務 單 位		職 位	
	行 動 電 話		聯 絡 電 話	(H) _____ (O) _____		
	住 所	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
	E - m a i l					
	☐ 是 ☐ 否	是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？（如勾選是者，請提供相關證明文件。）				
☐ 是 ☐ 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： ☐ 本人(若為本人，可免填以下粗框欄位，請填寫要保人匯款帳戶、電子單據服務及保單類型問項即可) ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 其他： 要保人如為公司/法人，請填寫代表人姓名：					
	姓 名		身 分 證 統 一 編 號		性 別	☐ 男 ☐ 女
	出 生 日 期	民國 年 月 日 歲	國 籍	☐ 本國 ☐ 其他：	婚 姻 狀 況	☐ 單身 ☐ 已婚
	營 業 項 目		服 務 單 位		職 位	
	工 作 內 容 (含兼業)				職 業 / 兼 業 分 類	
	行 動 電 話		聯 絡 電 話	(H) _____ (O) _____		
	住 所	☐ 同被保險人住所 ☐ 其他，請詳填 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐				
	☐ 是 ☐ 否	投保「豁免保險費附約」者請勾選，是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？（如勾選是者，請提供相關證明文件。）				
	☐ 是 ☐ 否	投保「豁免保險費附約」者請勾選，目前是否受有監護宣告？（如勾選是者，請提供相關證明文件。）				
	E - m a i l					
要 保 人 匯 款 帳 戶	銀行：_____ 分行：_____ 帳號：_____ ※本契約如有應付予要保人之款項，除已另有約定給付方式外，本公司將款項匯入上述帳戶。					
電子單據服務	☐ 同意本人於台灣人壽所有保單以 E-mail 方式提供相關電子單據或電子通知服務。 ※未勾選，逕以書面通知。 ※未來E-mail異動時，請務必通知本公司，以維護您的權益；電子化服務項目可至本公司網站查詢。					
保 單 類 型	☐ 申請電子保單，且已於「台灣人壽官方網站」詳細閱讀電子保單相關權益事項說明。 ※勾選申請時，請務必填寫要保人及被保險人之行動電話、E-mail。 ☐ 申請紙本保單					

投保事項

被保險人	主契約險種名稱	保險金額		萬元/計劃單位
	附加附約險種名稱	保險金額（計劃別）	附加附約險種名稱	保險金額（計劃別）
		萬元/計劃單位		萬元/計劃單位
		萬元/計劃單位		萬元/計劃單位
要保人	豁免保險費保險附約	險種名稱/代號		險種名稱/代號
		☐ /	☐ /	
		☐ /	☐ /	
繳別	☐ 年繳 ☐ 半年繳 ☐ 季繳 ☐ 月繳			
首期繳費方式	☐ 金融機構轉帳(請另填「保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款授權書」)			
	☐ 信用卡繳費(請另填「保險費信用卡付款授權書」)			
	☐ 自行匯款			
續期繳費方式	☐ 金融機構轉帳(請另填「保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款授權書」)			
	☐ 信用卡繳費(請另填「保險費信用卡付款授權書」)			
	☐ 自行繳費			

受益人資料

※ 請指定保險金受益人，保險金受益人有二位(含)以上時，保險金給付之分配方式，請指定順位、比例、均分；指定順位者依序號決定受益順位；指定比例者請註明分配比例之百分比(%)；若未指定，則視為以均分方式辦理。若身故受益人指定為法定繼承人時，其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定。

※ 身故受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡電話及地址之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故受益人之通知依據。

保險金種類	姓名／身分證統一編號／出生日期／國籍／與被保險人關係／聯絡方式			保險金分配方式		
				順位	比例	均分
身故／喪葬費用保險金 (條款另有約定依條款之約定)	(1)姓名：	ID：	出生日期：			%
	國籍： ☐ 本國 ☐ 其他(請詳填) 與被保險人關係：					
	☐ 同要保人住所 ☐ 同被保險人住所 ☐ 其他，請詳填					
	聯絡地址： 聯絡電話：					
	(2)姓名：	ID：	出生日期：			%
	國籍： ☐ 本國 ☐ 其他(請詳填) 與被保險人關係：					
	☐ 同要保人住所 ☐ 同被保險人住所 ☐ 其他，請詳填					
	聯絡地址： 聯絡電話：					
	(3)姓名：	ID：	出生日期：			%
	國籍： ☐ 本國 ☐ 其他(請詳填) 與被保險人關係：					
	☐ 同要保人住所 ☐ 同被保險人住所 ☐ 其他，請詳填					
	聯絡地址： 聯絡電話：					
	(4)姓名：	ID：	出生日期：			%
	國籍： ☐ 本國 ☐ 其他(請詳填) 與被保險人關係：					
	☐ 同要保人住所 ☐ 同被保險人住所 ☐ 其他，請詳填					
	聯絡地址： 聯絡電話：					
	(5)姓名：	ID：	出生日期：			%
	國籍： ☐ 本國 ☐ 其他(請詳填) 與被保險人關係：					
	☐ 同要保人住所 ☐ 同被保險人住所 ☐ 其他，請詳填					
	聯絡地址： 聯絡電話：					
身故保險金受益人非指定該被保險人之配偶、直系親屬，或非指定為法定繼承人時，指定原因為：						

※要保人與被保險人應據實告知並親自填寫，如有隱匿、遺漏或不實之說明，足以影響本公司對於危險之估計，本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約，保險事故發生後亦同。

■被保險人工作內容及告知事項

身高	公分	請詳述工作內容	職業分類：第	類
體重	公斤		兼業分類：第	類
※請回答第一～二項：				
一、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 140mmHg 舒張壓 90mmHg 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、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。			☐ 是 ☐ 否	
二、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 0.3 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 50 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。				
以上詢問如答覆「是」，請標明題號將病名、發病時間、治療院所、大約治療方式、大約治療期間及結果記明於下：				

■要保人告知事項(要保人申請附加豁免保險費附約適用)

身高	公分	工作內容：同要保書內之相關記載	職業分類：第	類
體重	公斤		兼業分類：第	類
壽險部分	一、過去兩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) 二、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？ 三、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 140mmHg 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 值檢驗值有異常情形者)。(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊腫。(6)視網膜剝離或出血、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、類風濕性關節炎、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。 四、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ 五、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？ 六、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)光眼、白內障。 ※女性被保險人，請另外回答第七至八項： 七、過去一年內是否曾患有乳腺炎、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？ 八、是否已確知懷孕？如是，已經_____週。			☐ 是 ☐ 否
	健康險部分	※申請附加健康險附約者，除壽險部分告知事項需勾選外，請另外回答以下告知事項： 九、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)腦炎、腦膜炎、多汗症、鼻竇炎、鼻中膈彎曲、支氣管炎、飛蚊症、痔瘡、肛門瘻管、川崎氏症、骨質疏鬆症、亨廷頓氏症、唐氏症、唇顎裂、頭部外傷、腎上腺皮質機能亢進或低下、心臟傳導性疾病、心臟瓣膜缺損、氣胸、大腸躁動症、泌尿道感染、風濕症、四肢麻痺及浮腫、白血球增多症、椎間盤突出症、單核白血球增多症、B 型肝炎帶原、肺炎、膽結石、尿路結石、肝內結石、肝腫大、大腸息肉、骨盆腔炎、中耳炎、不明原因發燒超過二週、進行性肌萎縮、硬皮症、卵巢炎、輸卵管炎、前列腺肥大或發炎、慢性胃炎、子宮頸糜爛、子宮脫出、疝氣、腦挫傷、腦震盪。 (2)被保險人若為二足歲以下幼兒填寫本項：出生時是否為低體重兒(2500 公克以下)，若是請說明出生時身高：_____公分、體重：_____公克，有無住保溫箱？其天數為何？(亦可提供兒童健康手冊代替回答)		
以上如回答「是」者，請標明題號將病名、發病時間、治療院所、大約治療方式、大約治療期間及結果記明於下：				

■被保險人投保紀錄

是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險? ☐否 ☐是，請填下欄：

姓 名	保 險 公 司 名 稱	投保日期(年/月/日)	投 保 內 容
			實支實付型傷害醫療保險:保額_____元
			實支實付型傷害醫療保險:保額_____元
			實支實付型傷害醫療保險:保額_____元

■要保人、被保險人聲明事項

- 一、本人（被保險人）同意台灣人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 二、本人（被保險人、要保人）同意台灣人壽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。
- 三、本人（被保險人、要保人）同意台灣人壽就本人之個人資料，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。

※招攬人員是否已出示合格銷售資格文件，並提供「保險單條款影(樣)本」、「投保人須知」、「要保書填寫說明」及「蒐集、處理及利用個人資料告知書」供本人（被保險人、要保人）參閱並說明無誤?-----☐是☐否

要保人簽章：_____（未滿7足歲由法定代理人代簽）

被保險人簽章：_____（未滿7足歲由法定代理人代簽）

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____
(身分證統一編號/出生日期：_____/_____)
(國籍/請註明關係/行動電話：_____/_____/_____)
(如要保人/被保險人為未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，需其法定代理人/監護人/輔助人一併簽章)

申 請 日 期：_____年_____月_____日

招攬人員(一)簽名：_____

登錄字號/執業證書編號：_____

招攬人員(二)簽名：_____

登錄字號/執業證書編號：_____

保經/保代公司簽章：_____

.....受理欄.....