



投資型保險型別轉換批註申請書

※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。

※如欲查詢保單狀況之相關訊息，可透過台灣人壽網站(<https://www.taiwanlife.com>)或客服專線(02)8170-5156 等管道查詢。

保單號碼	要保人	要保人 身分證統一編號
☐ 申請「台灣人壽投資型保險型別轉換批註條款」，並申請保險型別轉換為_____型 1. 要保人在本契約有效期間內且被保險人非受監護宣告尚未撤銷者，得以書面申請本契約之型別轉換，並請填寫下方「被保險人告知事項」。 2. 契約型別轉換之申請，自本公司同意日之下一個保單週月日生效，並以轉換後的型別計算淨危險保額。 3. 提醒您，申請契約型別轉換，將以轉換後的型別計算淨危險保額(請詳保單條款)，轉換後可能造成淨危險保額提高而負擔更多保險成本之情事，且當保單帳戶價值不足以支付當月保險成本時，將導致保單停效。		
☐ 終止「台灣人壽投資型保險型別轉換批註條款」 要保人得隨時終止本批註條款，但已申請契約型別轉換且經本公司同意者，不得申請終止本批註條款。		

※被保險人告知事項：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，足以變更或減少台灣人壽對於危險之估計，其契約型別轉換不成立，本公司依照原保險契約約定辦理。

身高 公分	體重 公斤	被保險人 目前服務單位	工作內容 (含兼職)	職位
1. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？ ☐ 是 ☐ 否 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？ ☐ 是 ☐ 否 3. 過去一年內是否曾因下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ A. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。B. 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。C. 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。D. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。E. 痛風、高血脂症。F. 青光眼、白內障。 ☐ 是 ☐ 否 4. 過去五年內是否曾患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ A. 高血壓症(指收縮壓140mmHg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。B. 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。C. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。D. 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT值檢驗值有異常情形者)。E. 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。F. 視網膜剝離或出血、視神經病變。G. 癌症(惡性腫瘤)。H. 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。I. 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。J. 紅斑性狼瘡、膠原症。K. 愛滋病或愛滋病帶原。 ☐ 是 ☐ 否 5. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ ☐ 是 ☐ 否 6. 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) ☐ 是 ☐ 否 女性被保險人，請回答第7至8項： 7. 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？ ☐ 是 ☐ 否 8. 目前是否懷孕中？如是，已經幾週？ ☐ 是 ☐ 否 以上問題如回答「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載於下：				

※蒐集、處理及利用個人資料告知事項：

台灣人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項之規定，向台端告知下列事項，請台端詳閱：

- 蒐集之目的：**本公司依法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」，並參酌本公司行業特性以人身保險業務(001)及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)為特定目的之個人資料蒐集、處理及利用。
- 蒐集之個人資料類別：**本申請書所列之個人資料類別。
- 個人資料之來源：**(一)要保人、被保險人。(二)當事人之法定代理人、監護人或輔助人。
- 個人資料利用之期間、對象、地區、方式：**(1)期間：依本公司因執行業務所必須之保存期間及依法令規定應為保存之期間。(2)對象：本(分)公司、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、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。(3)地區：上述對象之所在地區。(4)方式：合於法令規定之利用方式。
- 台端依據個資法第三條規定得行使之權利及方式：**
(1)得向本公司行使之權利：A、查詢、請求閱覽或製給複製本。B、請求補充或更正、停止蒐集、處理或利用及刪除。(2)行使權利之方式：以書面或撥打本公司0800-099-850或(02)8170-5156 客服專線。
- 台端若不提供個人資料所致權益之影響：**本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，恐致遲延或無法提供台端相關服務或給付。

※簽章注意事項：

以下簽章應由要保人/被保險人本人親自為之；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。

※聲明事項：

- 本人(要保人/被保險人及法定代理人/監護人/輔助人)已詳細閱讀與瞭解本申請書「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」，並同意台灣人壽就本人之個人資料，於法定範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
- 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。

要保人簽章	被保險人簽章	法定代理人/監護人/輔助人簽章	申請日期
(未滿7足歲由法定代理人代簽)	(未滿7足歲由法定代理人代簽)	身分證統一編號： 出生日期： 行動電話： 國籍： 關係：	年 月 日
代收區號	招攬/服務人員簽名	登錄字號/ 執業證書編號	保經/保代受理章
	*本人已確認及核對客戶身分與身分證文件相符並親晤要保人/被保險人/法定代理人/監護人/輔助人親自簽章辦理。	行動電話	台灣人壽受理章





個人保險契約審閱期間確認聲明書

一、本人(即要保人，以下同)因投保下列商品(請填商品中文全名)

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

台灣人壽

經☐招攬人員親送 ☐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、本人就上述個人保險契約條款樣張之審閱期間聲明如下(請擇一勾選)：

☐本契約條款樣張已於民國_____年_____月_____日提供本人審閱(審閱期間至少三日)。

☐其他：_____

三、本人已知悉若投保商品為利率變動型商品時，當年度保險金額會因宣告利率而變動，若為遞減型壽險商品其「基本保險金額對應之當年度保險金額」逐年遞減。

要保人簽章：_____身分證統一編號：_____
(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：_____
(若要保人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)

聲明日期：民國_____年_____月_____日

招攬人員簽名：_____/_____

