



保險契約內容變更申請暨健康告知書

《OIU 保單需健康告知時使用》

☐ 一般變更
☐ 猶豫期變更

※各項變更文件以送達台灣人壽保險股份有限公司(下稱台灣人壽)總公司或各地分公司為受理之開始。

※為確認要保人及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員，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或客服專線(886)8170-5156 等管道查詢。

保單號碼		要保人		要保人護照號碼/ 身分證統一編號	
------	--	-----	--	---------------------	--

本次申請契約內容變更未附上原保單：要保人特此同意經台灣人壽同意後將批註書交要保人自行黏貼於保險單，並構成原契約之一部分。

申請項目：☐ 變更險種或增加保額 ☐ 附加附約 ☐ 復效 ☐ 調整危險加費或附加條件

☐ 投資型保單型別變更 ☐ 變更保險金扣除額為 0 ☐ 其他

	主被保險人	配偶	子女(1)	子女(2)	子女(3)
姓 名					
護照號碼/身分證統一編號					
性 別					
出 生 日 期					
職業/兼業及工作內容					
國 籍					
職業第級					
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	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
請詳述變更/復效作業內容 及保額/險種/計劃別					
傷害保險附約 身故保險金受益人	姓名： 與被保險人關係： 國籍： 生日：	姓名： 與被保險人關係： 國籍： 生日：	姓名： 與被保險人關係： 國籍： 生日：	姓名： 與被保險人關係： 國籍： 生日：	姓名： 與被保險人關係： 國籍： 生日：

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，如有故意隱匿、或因過失遺漏或為不實的說明，足以變更或減少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。 ※依保險法第一百二十七條，健康保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，本公司對是項疾病或分娩，不負保險金給付之責任。	主被 保險 人	配 偶	子 女 (1)	子 女 (2)	子 女 (3)
	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
1. 目前之身高/ 體重？	CM	CM	CM	CM	CM
	KG	KG	KG	KG	KG
2. 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)					
3. 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？					
4. 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？ 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、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、肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核、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)、腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊腫、視網膜剝離或出血、視神經病變、癌症(惡性腫瘤)、血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症、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、紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。					
5. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？					
6. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？					
7. 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？ 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞、痛風、高血脂症青光眼、白內障。					
※女性被保險人，請另外回答第 8 至 9 項：					
8. 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？					
9. 是否已確知懷孕？如是，已經 週。					
10. 以上詢問各項如答覆「是」，請在本欄詳細註明傷病名稱、就診大約日期、醫院名稱與所在地、治療情形及現在狀況。					





※注意事項：

- 一、申請復效，未經台灣人壽同意復效前，請勿先行繳交復效保費，復效應繳清之保費須以現金或即期支票繳付，並自繳清欠繳金額後，自翌日上午零時起恢復效力。若經台灣人壽通知繳費，要保人未能於限期內繳付復效保費時，視為放棄復效，本申請書自動作廢。
- 二、停效中之契約不予受理契約變更及轉換作業。
- 三、若經台灣人壽審核後，要求另提供體檢報告者，體檢費用由保戶自行負擔。
- 四、為配合主契約繳費週期、要保人繳費一致性及便利性，一年期商品若於非保單週年日申請附加，該附約第一年度保障期間將不足一年。

※要保人及被保險人聲明並同意下述約定事項：

- 一、要保人或被保險人對台灣人壽之書面詢問有故意隱匿或因過失遺漏或為不實之說明，足以變更或減少台灣人壽對於危險估計時，同意自下列各項契約變更/復效生效日起二年內依下列方式辦理：(一)、申請附加附約時：依保險法第六十四條解除該附約。(二)、申請增加保險金額時(需提供可保性證明者適用)：該增加保額之約定無效，並回復至保額增加前之原契約繼續狀態，所有保險費及給付事項均依原契約無息返還之。(三)、申請險種轉換時：該險種轉換之約定無效，並回復至轉換前之原契約繼續狀態，所有保險費及給付事項均依原契約無息返還補足。(四)、申請契約復效時：該契約之效力仍回歸停效狀態，此期間所發生之保險給付及所交付之保險費均應即予無息返還。
- 二、本人(被保險人、要保人)同意台灣人壽保險股份有限公司將本變更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(要、被保險人及法定代理人/監護人/輔助人)已詳細閱讀與瞭解「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」及相關注意事項說明，且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。
- 四、凡具備保險費墊繳條款之保單申請附加各附約時，本人同意申請的附約依照主契約自動墊繳約定一併處理後續作業。

※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：

1. 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。
2. 蒐集之個人資料類別：本申請書所列之個人資料類別。
3. 個人資料之來源：(1)要保人、主被保險人、被保險人配偶、被保險人子女及受益人。(2)當事人之法定代理人、監護人或輔助人。
4. 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。
5. 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。

6. 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。
※以下簽章應由要/被保險人本人親自為之，且簽章樣式需與要保文件相同；簽章者如未滿七足歲，應由法定代理人代簽，如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。

※配合相關法令規範，台灣人壽將視需要向要保人/主被保險人/被保險人配偶、子女進行電話訪問，請勾選適合電訪之時段：

☐上午 9:00~12:00 ☐下午 13:00~18:00 (未勾選者，將由台灣人壽安排電訪時段)

要保人簽章：_____ 主被保險人簽章：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ 被保險人配偶簽章：_____

(身分證統一編號/出生日期：_____/_____) 被保險人子女簽章：_____/_____/_____

(國籍/請註明關係/行動電話：_____/_____/_____) 申請日期：_____年_____月_____日
(如要保人/主被保險人/被保險人配偶/被保險人子女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)

招攬/服務人員簽名：_____ 保經/保代公司簽章：_____

登錄字號/執業證書編號：_____