



台灣人壽步步盈重大疾病終身保險要保書

- ※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。
- ※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，並把握保單契約撤銷之時效(收到保單翌日起算十日內)。
- ※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。
- ※本公司依約定給付重大疾病保險金後終止本契約，應退還按重大疾病診斷確定日計算當時壽險部分保單價值準備金予要保人。
- ※本公司依約定給付身故保險金後終止本契約，應退還按身故日計算當時健康險部分保單價值準備金予要保人。
- ※本公司依約定給付完全殘廢保險金後終止本契約，應退還按完全殘廢診斷確定日計算當時健康險部分保單價值準備金予要保人。
- ※要保人辦理減額繳清保險或展期定期保險者，本公司自該保單年度起，不再給付繳費期間健康管理回饋保險金。
- ※本保險之繳費期間健康管理回饋保險金須使用健康管理或其他裝置傳輸被保險人步行次數作為計算本項保險金給付標準，相關傳輸方式傳送步行次數資料至本公司指定網路接收資料庫之作業請詳閱本公司官網所建置之健康管理專區。購買時請慎選以符合運動習慣及保險需求。

要保書文號：中華民國 105 年 12 月 29 日金管保壽字第 10502138440 號函核准

中華民國 106 年 9 月 26 日台壽字第 1062610126 號函備查修正

(本欄由台灣人壽填寫)

保單序號	保單號碼	集彙編號

基本資料(*要保書填寫如有塗改，請要保人於塗改處簽名。)

被保險人	姓名	身分證字號			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
					婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚
	出生日期	民國 年 月 日	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他	保險年齡	歲
	營業項目	服務單位			職位	
	電話	行動：住宅：()		公司：()		
	住所	郵遞區號 市 鄉鎮 村里 路 段 巷 弄 號 樓之 □□□□□ 縣 區市 鄰 街				
是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請提供手冊或證明。						
投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」健康保險者請勾選：被保險人是否參加全民健康保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						

與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人(若為本人，可免填以下粗框欄位，僅填E-mail即可) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
要保人如為公司/法人，請填寫代表人姓名：_____						
要保人	姓名	身分證字號			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
					婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚
	出生日期	民國 年 月 日	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他	保險年齡	歲
	營業項目	服務單位			職位	
	工作內容(含兼業)	職業/兼業代號				
	電話	行動：住宅：()		公司：()		
住所	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 其他：請詳填 郵遞區號 市 鄉鎮 村里 路 段 巷 弄 號 樓之 □□□□□ 縣 區市 鄰 街					
是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請提供手冊或證明。						
E-mail						





2101012

■被保險人/要保人投保事項

被保險人	主約	保 險 金 額	新臺幣：	元	繳 費 年 期	年
	附加附約	險 種 名 稱 / 代 號		繳 費 年 期	保 險 金 額	
				年	萬/元/計劃/單位	
				年	萬/元/計劃/單位	
				年	萬/元/計劃/單位	
				年	萬/元/計劃/單位	
要保人	豁免保險費保險附約	險 種 名 稱		險 種 型 別	險 種 代 號	
				_____型		
				_____型		
				_____型		
				_____型		
			_____型			
總保費 (含被保險人主附約及要保人附約)					元	

■投保事項

繳 別	年繳
自動墊繳 (躉繳或不適用自動 墊繳之險種免填)	<input type="checkbox"/> 同意自動墊繳 <input type="checkbox"/> 不同意自動墊繳 自動墊繳之範圍、方式與順序：續期保險費如超過寬限期間仍未交付者，本公司得自動墊繳同一保單號碼下之主契約及附約之應繳續期保險費及利息；如保單價值準備金不足墊繳整期應繳續期保險費時，則按主契約及附約之日保險費逐日墊繳至保單價值準備金為零止。墊繳保險費的利息，自寬限期間終了之日起，按墊繳當時本保險單辦理保險單借款之利率計算，並應於墊繳日後之翌日起開始償付利息；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。
	續期繳費方式

【重要事項告知書】(投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」之健康保險者填寫)

※被保險人須具備有效的全民健康保險被保險人身份，才能向「全民健康保險保險人」申請重大傷病證明；取得證明後，始得向本公司申請重大傷病保險金。

※被保險人經醫師首次診斷為重大傷病，並取得「全民健康保險保險人」核發之重大傷病證明，才符合重大傷病保險金申領資格。

※被保險人於投保前曾經取得或投保時正在申請全民健康保險保險人核定重大傷病證明者，或投保前曾經符合屬由診治醫師逕行認定，免向全民健康保險保險人申請重大傷病證明，而得免除全民健保部分負擔之資格者，本公司不負給付「重大傷病保險金」的責任。

※本險重大傷病範圍為「全民健康保險重大傷病範圍」，但不包含以下項目：

- (1) 先天性凝血因子異常。
- (2) 先天性新陳代謝異常疾病。
- (3) 心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常。
- (4) 先天性免疫不全症。
- (5) 職業病。
- (6) 先天性肌肉萎縮症。
- (7) 外皮之先天畸形。
- (8) 早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。

確 認 欄	<input type="checkbox"/> 本人已確實審閱及瞭解其內容。 (請您務必在審閱上述告知事項後，於本項前 <input type="checkbox"/> 內打勾) ◎當您已確實且充分瞭解以上說明並願意投保時，請親自書寫「同意投保」字樣於下方空白處。	簽 名 欄	要保人簽名：_____
			法定代理人簽名：_____
		簽名注意事項： 1. 請親自簽名，不識字或身體障礙無法簽名者，請本人蓋用印章代之。 2. 若要保人、被保險人為未滿20足歲之未成年人，須其法定代理人簽名。	



2101013

■繳費期間健康管理回饋保險金的給付

戶名	銀行/分行	帳號
被保險人本人		

■受益人資料

保險金類別	受益人姓名	身分證字號	與被保險人關係	保險金分配方式		
	聯絡電話	聯絡地址		順位	比例	均分
身故保險金	(1)					均分
	()	<input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 其他：請詳填 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			%	
	(2)					
	()	<input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 其他：請詳填 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			%	
	(3)					
	()	<input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 其他：請詳填 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			%	
祝壽保險金 (配合商品特性， 請務必填寫)	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同被保險人			
	(1)				%	均分
	(2)				%	
	(3)				%	

※ 請指定保險金受益人，並註明身分證字號、與被保險人關係、聯絡電話及聯絡地址，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，若未勾選，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或地址之情形，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。

※ 身故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：_____。

※ 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資料仍不生效力。

※ 本公司依約定給付重大疾病保險金後終止本契約，應退還按重大疾病診斷確定日計算當時壽險部分保單價值準備金予要保人。

※ 本公司依約定給付身故保險金後終止本契約，應退還按身故日計算當時健康險部分保單價值準備金予要保人。

※ 本公司依約定給付完全殘廢保險金後終止本契約，應退還按完全殘廢診斷確定日計算當時健康險部分保單價值準備金予要保人。

■投保紀錄(限台灣人壽依保單條款約定須檢附醫療費用收據正本之實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險商品適用)

被保險人是否已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? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請填下欄：				
投保紀錄	姓名	保險公司名稱	投保日期(年/月/日)	投保內容
				<input type="checkbox"/> 實支實付型傷害醫療保險:保額_____元
				<input type="checkbox"/> 實支實付型醫療保險:保額_____元
				<input type="checkbox"/> 實支實付型傷害醫療保險:保額_____元
			<input type="checkbox"/> 實支實付型醫療保險:保額_____元	

■要保人、被保險人備註欄

--



2101014

※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。

※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，不負給付保險金之責任。

■被保險人職業及兼業之告知

(本欄由台灣人壽填寫)

請詳述工作內容

職業分類：第 類 職業代號：

兼業分類：第 類 兼業代號：

■被保險人告知事項

身高： 公分/體重： 公斤 第1~11項回答-----是否

壽險部分	<p>1. 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)</p> <p>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？</p> <p>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？</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(3) 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。</p> <p>(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)。</p> <p>(5) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。</p> <p>(6) 視網膜剝離或出血、視神經病變。</p> <p>(7) 癌症(惡性腫瘤)。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(10) 紅斑性狼瘡、膠原症。</p> <p>(11) 愛滋病或愛滋病帶原。</p> <p>4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？</p> <p>5. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？</p> <p>6. 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？</p> <p>(1) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。</p> <p>(2) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。</p> <p>(3) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。</p> <p>(4) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。</p> <p>(5) 痛風、高血脂症。</p> <p>(6) 青光眼、白內障。</p> <p>(7) 乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)。</p> <p>7. 是否已確知懷孕？如是，已經 _____ 週。(女性被保險人回答)</p>
------	---

健康險部分	<p>※投保健康險主、附約(重大疾病險、特定傷病險、防癌險、醫療險及豁免保險費保險附約)時，除壽險部分告知事項需勾選外，請另外回答以下告知事項：</p> <p>8. 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？</p> <p>(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。</p> <p>(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)</p>
-------	---

傷害險部分	<p>※投保傷害險主、附約時，請回答以下告知事項：</p> <p>9. 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？</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(3) 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。</p> <p>(4) 糖尿病。</p> <p>(5) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。</p> <p>(6) 視網膜出血或剝離、視神經病變。</p> <p>10. 目前身體機能是否有下列障害(請勾選)？</p> <p>(1) 失明。</p> <p>(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。</p> <p>(3) 聾。</p> <p>(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。</p> <p>(5) 啞。</p> <p>(6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。</p> <p>(7) 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。</p>
-------	---

重大傷病險部分	<p>※投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」健康險時，除壽險部分及健康險部分告知事項需勾選外，請另外回答以下告知事項：</p> <p>11. 過去兩年內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥後，仍因同一傷病而被要求做以下的檢驗或檢查？(亦可提供病歷或檢查報告)</p> <p>(1) 六個月內有二次或二次以上的 X 光或超音波或血液檢查。</p> <p>(2) 細胞學或內視鏡或核磁共振或電腦斷層檢查或正子攝影檢查。</p> <p>(3) 肌電圖或神經傳導檢查。</p>
---------	---

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。



2101015

■要保人告知事項

身高：_____公分/體重：_____公斤

要保人申請附加險種者，請回答：現在或過去是否曾患有被保險人告知事項 1-11 項情形？-----是否

以上詢問各項如答覆「是」，請在本欄詳細註明姓名、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。

■本公司校正欄

■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。
- 四、限台灣人壽依保單條款約定須檢附醫療費用收據正本之實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險商品適用：
 1. 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台灣人壽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台灣人壽有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或有重複投保而未通知台灣人壽者，台灣人壽仍承保者，台灣人壽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台灣人壽者，同意台灣人壽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。
 2. 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台灣人壽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台灣人壽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，而台灣人壽仍承保者，台灣人壽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台灣人壽者，同意台灣人壽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，但台灣人壽應以「日額」方式給付。

※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」、「蒐集、處理及利用個人資料告知書」供本人參閱並說明。(要保人審閱後請務必勾選) -----是 否

※是否已確實且充分瞭解本保險須使用健康管理或其他裝置傳輸被保險人步行次數作為計算「繳費期間健康管理回饋保險金」給付標準，並符合運動習慣及保險需求。-----是 否



8101011

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____

法定代理人簽名：_____ (身分證字號：_____ 與未成年者關係：_____)

業務員/經紀人/代理人簽名：_____ 申請日期：_____年_____月_____日

業務員登錄字號/執業證號：_____ 保經/保代簽署人簽章：_____

- 簽名注意事項：
1. 請親自簽名，不識字或身體障礙無法簽名者，請本人蓋用印章代之。
 2. 若要保人、被保險人為未滿 20 足歲之未成年人，須其法定代理人簽名。

.....受理欄.....



台灣人壽保險股份有限公司

傳統型個人人壽保險契約審閱期間確認聲明書

一、本人(即要保人，以下同)因投保貴公司_____

經業務人員親送 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、本人就上述傳統型個人人壽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: _____

此 致

台灣人壽保險股份有限公司

要保人簽名: _____ 身分證統一編號: _____

法定代理人簽名: _____ (要保人未成年，須經法定代理人簽名)

聲 明 日 期: 民國_____年_____月_____日

業 務 員 簽 名: _____ / _____





主約險種/保單號碼：_____ 要保人：_____ 被保險人：_____
 專案代碼：_____；是否為立即繳？否 是，繳費日期：_____ 繳費金額：_____

◎本契約已於「e化網路報備專區」完成報備，報備編號：_____

業務人員於從事保險招攬時，有誠實填寫本招攬報告書之義務，並應確實評估要保人/被保險人之財務狀況，及確實評估保額與保障需求間之適當性，並了解要保人/被保險人之投保目的及保障需求、財產狀況、付費能力及保額規劃原因等，不得僅以理財、節稅作為招攬之主要訴求。

(一)業務人員招攬經過說明：

1. 您經由何種關係認識要保人及被保險人？業務人員本人/親屬 團學保職域/舊保戶 親友/保戶介紹 陌生拜訪 主動投保。
2. 您與被保險人是否為本人/配偶/子女/父母關係？否；是，請勾選 本人/配偶/子女 父母。
3. 您認識被保險人多久？一個月內 一個月至半年以內 半年至二年 二年以上。
4. 您認識要保人多久？一個月內 一個月至半年以內 半年至二年 二年以上。
5. 要保人及被保險人之投保目的、動機及需求為何？保障 理財規劃 退休規劃 子女教育經費 其他，請說明：_____。
6. 請問本次投保的保費來源為：薪資收入或公司紅利 投資收入 儲蓄 退休金 財產繼承 貸款 其他：_____。
7. 您是否親晤要保人及被保險人，並確認要保人及被保險人親自簽署相關文件？是 否，原因：_____。
8. 您是否已確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係，並已確認受益人之指定，係經被保險人同意？是 否，原因：_____。
9. 身故保險金受益人是否指定配偶、直系親屬，或法定繼承人(其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定)？是 否，如否，請說明關係及原因：_____。
10. 您是否已確認要保人、被保險人及受益人身分？是否已要求要保人與被保險人出示身分證明文件(身分證、護照、駕照、或其他足資證明其身分之文件等)，並確認與要保書填載之內容相符？是 否，原因：_____。
11. 您是否已確認要保書填載之要保人及被保險人住所地址，非您本人之住所地址？是 否，原因：_____。
12. (非投資型保險免填)您是否已提供建議書供保戶參閱，並確認與要保書填載之內容相符？是 否。

(二)業務人員第一線財務核保說明事項：

	被保險人	要保人 (與被保險人同一人無須填寫)
年薪資收入(含：紅利獎金)	新臺幣約_____萬元	新臺幣約_____萬元
其他收入(如：房租、利息等)	新臺幣約_____萬元	新臺幣約_____萬元
家庭年收入	新臺幣約_____萬元	新臺幣約_____萬元
資產(含：動產與不動產)	新臺幣約_____萬元	新臺幣約_____萬元

◎若被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和。

(請敘明配偶之工作內容：_____)

◎若被保險人為未成年或尚未就業之在學學生，請於家庭年收入欄位填寫父母或法定代理人年收入總和。

(請敘明父母或法定代理人之工作內容：_____)

1. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險？是 否。
2. 若年繳化保險費總計(含同業)超過被保險人家庭年收入 30%時，請說明保險費規劃原因：_____。
3. 被保險人總投保金額(含同業)超過被保險人家庭年收入之規範倍數時，請說明保額規劃原因：_____。

(三)(傳統型年金保險免填)瞭解並評估要保人與被保險人保險需求及適合度：

1. 您是否已確認要保人已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買保險商品？是 否，原因：_____。
2. 您是否已充分評估要保人投保險種、保險金額及保險費支出與其保障需求間已具相當性，並已確認其保單適合度？是 否，原因：_____。

(四)人壽保險業辨識及確認客戶身分措施問項：

1. 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？否 是，請說明居住國家(地區)_____。
2. 要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)？否 是，請說明_____。
3. 要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？否 是，原因：_____。

(五)對於上述問項如須詳細說明者，煩請補述說明：_____。

◎OIU 保單遞送方式：業務人員親送 國際郵件寄送至要保人住所(如未勾選則以國際郵件寄送)

◎保戶投保分紅保單者，本人(業務人員)已確實告知要保人保單紅利為非保證給付項目，可能會變動為較高或較低之數字，本人未向要保人做任何保證。

◎本人(業務人員)及本人所屬之業務主管均已確實審視本報告書各項之填寫，內容屬實無誤，如有隱瞞或虛構情事，願承擔完全責任。

業務員/代理人/經紀人簽名		填寫日期	業務主管簽名/ 保經/保代簽署人簽章欄		受理作業欄	
/		年 月 日			通訊處受理 客戶專員受理	核保單位受理
業務人員行動電話：						
業務單位代號	業務人員代號/登錄字號/執業證號					





要保人姓名：_____ 被保險人姓名：_____ 保單號碼：_____

一、投保目的：保障 子女教育經費 退休規劃 房屋貸款 其他_____

二、要/被保險人工作狀況：

項目	被保險人/被保險人之法定代理人	要保人/要保人之法定代理人 (被保險人與要保人為同一人免填)
公司名稱/營業項目	/	/
職稱/工作內容/年資	/	/
是否為公司股東?	<input type="checkbox"/> 否; <input type="checkbox"/> 是, 持股比例_____%(若是, 續填下題)	<input type="checkbox"/> 否; <input type="checkbox"/> 是, 持股比例_____%(若是, 續填下題)
公司概況 (若非公司負責人或股東 無需填寫)	1. 過去三年平均營業收入_____萬元 2. 過去三年平均稅前利潤_____萬元 3. 總資產: _____萬元; 負債總額_____萬元	1. 過去三年平均營業收入_____萬元 2. 過去三年平均稅前利潤_____萬元 3. 總資產: _____萬元; 負債總額_____萬元

三、要/被保險人之財務狀況

項目	被保險人/被保險人之法定代理人	要保人/要保人之法定代理人 (被保險人與要保人為同一人免填)		
收入	年薪資收入(含紅利獎金): _____萬元 其他收入(如利息、保險給付、租金): _____萬元 家庭年收入: _____萬元	年薪資收入(含紅利獎金): _____萬元 其他收入(如利息、保險給付、租金): _____萬元 家庭年收入: _____萬元		
資產	動產 (含存款、股票、基金、債券等)	動產資產總額: _____萬元 存款往來銀行: _____、_____、_____	動產資產總額: _____萬元 存款往來銀行: _____、_____、_____	
	不動產	房屋	座落地點 _____ 面積 _____ 市價 _____萬元 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保人住所	座落地點 _____ 面積 _____ 市價 _____萬元 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保人住所
		土地	座落地點 _____ 面積 _____ 市價 _____萬元 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保人住所	座落地點 _____ 面積 _____ 市價 _____萬元 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保人住所
借款總類及負債總額	房屋貸款 _____萬元 保單貸款 _____萬元 其他貸款 _____萬元	房屋貸款 _____萬元 保單貸款 _____萬元 其他貸款 _____萬元		

四、被保險人居住情形：

1. 目前所居住的房屋為：自有(含本人、配偶、父母所有) 租賃 其他_____

2. 是否有設定抵押：否 有, 抵押金額: _____萬元

五、如您尚有其他與本次投保有關之財務資料，亦請一併提供本公司參考。

要保人/被保險人聲明事項：

本人(含要保人及被保險人，以下同)已盡可能的提供完整且真實之資料，做為 貴公司審核本人投保保險契約的依據。本人保證以上所陳述之資料並無隱瞞或不實而足以影響 貴公司對此報告書之評估及接受性。

備註：本公司依「個人資料保護法」相關規定，對本人之個人資料，不得透露予不相關之第三者。

被保險人親簽		要保人親簽	
法定代理人親簽	※未滿七足歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七足歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。 (與要/被保險人關係: _____)		
業務員/經紀人/代理人簽名		保經/保代受理章	
填寫日期	中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		



中國信託金控

台灣人壽

台灣人壽保險股份有限公司 蒐集、處理及利用個人資料告知書

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(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(間接蒐集者為個資法第九條第一項)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)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:要保人、被保險人、受益人、其他關係人之姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶、保單號碼、保單細節及本公司各類業務所需文件、表單或申請書內容,及被保險人之病歷、醫療、健康檢查等個人資料。

三、個人資料之來源:

(一)要(被)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: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、合作推廣公司、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、與本公司有再保險業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、財團法人保險犯罪防制中心、海外急難救助公司。

(三)地區:上述對象所在之地區。

(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:以書面或撥打本公司 0800-099850 或(02)81705156 客服專線方式。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響:

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 台端完善的人身保險及其他經主管機關核准之服務。



美國海外帳戶稅收遵循法案說明書 Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)

- 一、本公司為因應遵循美國外國帳戶稅收遵從法案(Foreign Account Tax Compliance Act, 以下簡稱FATCA)事宜,於103年7月1日開始配合採行相關措施以符合相關規範,相關措施可能影響當事人權益。
- 二、當事人了解本公司將提供美國國稅局關於本公司客戶中屬於美國公民、綠卡持有人或其他美國稅法定義之稅務居民之相關資訊,包括美國身分之帳戶持有人姓名、地址及納稅人識別碼(Taxpayer Identification Number, 簡稱TIN)、美國實質股東資訊、帳號、帳戶餘額或價值,及全球來源之收入總額或付款總額等資料。
 - (一)若當事人符合下表「3.美國納稅義務人」身分,須提供本公司美國Form W-9 (Request for Taxpayer Identification Number and Certification)。
 - (二)若當事人非屬下表「3.美國納稅義務人」,亦非為美國註冊之公司、美國企業在台之分公司或辦事處,須提供非美國人之相關身分證明表單(包含但不限於Form W-8系列、身分證影本、棄籍證明等)。
- 三、當事人提交予本公司之文件(包含但不限於填報之美國國稅局稅務文件、FATCA身分別聲明及相關身分證明文件)內容若有不實或不完整,可能造成當事人之直接、間接或潛在之損失或額外的稅上負擔,當事人須自行承擔,本公司不負擔任何責任。
- 四、本說明書非屬本公司提供之稅務或法律建議,當事人如有任何稅務或法律上的問題,應自行洽詢會計師或律師提供建議。

美國海外帳戶FATCA身分聲明書【個人適用】

當事人*姓名: _____ 身分證號碼: _____ 出生地: 非美國 美國(含美國屬地)
 *當事人:於「新投保」或「變更要保人」時係指要保人;於申領「保險給付」時係指該保險給付的受益人。

(以下請擇一勾選)		FATCA 身分	應提供文件
<input type="checkbox"/> 1. 本人不具下列「2. 美國身分跡象」,也非「3. 美國納稅義務人」。			
<input type="checkbox"/> 2. 美國身分跡象	相關文件顯示具美國公民身分或永久居留權、出生地為美國、具美國住址或聯絡地址(含郵政信箱)、具美國電話號碼、代理人或代簽人具美國地址、轉信地址或代存郵件地址為客戶唯一地址。		1. 身分證件影本 2. 表格 W-8BEN 3. 棄籍證明**/其他合理書面解釋 ** : 限出生地為美國,或相關文件顯示具美國公民身分,或有永久居留權時提供。
<input type="checkbox"/> 3. 美國納稅義務人	(1)美國公民、美國永久居留權(包含但不限於持有綠卡);或 (2)未持有外交公務/留學/國際組織員工/交換訪問學者/非學術性留學生/具有傑出才能的人員等簽證,但符合下述: 今年停留於美國(含本土、海外領土及領海)天數累計 31 天以上;且(今年停留美國天數+去年停留美國總天數之 1/3+前年停留美國天數之 1/6)達 183 天以上。		表格 W-9
<input type="checkbox"/> 本人已提供過相關文件予台灣人壽保險股份有限公司(以下簡稱貴公司),截至今日內容並無變更。			

本人特此聲明:

- 一、已詳細閱讀並確實了解本表內所載之訊息,如具上表「2. 美國身分跡象」或「3. 美國納稅義務人」但未詳實聲明,將可能受美國偽證罪之處罰。
 - 二、本人最遲應於上表「FATCA身分」變動日起30天內主動書面通知貴公司。
- 本人了解並同意:
- 一、貴公司為證實上開聲明內容,得向本人索取相關證明文件,並代理本人向美國稅法的扣繳義務人出示本聲明書或交付本聲明書之複本,以協助本人聲明是否為美國納稅義務人。
 - 二、貴公司有權合理認定上開聲明內容之真偽或變更情形而對本人帳戶權利為必要的處置行為,如辦理美國稅扣繳。
 - 三、本人並已詳細閱讀【附錄】個人資料保護法告知事項聲明書,了解其規定與要求,並特此同意貴公司蒐集、處理及利用本人的個人資料。
 - 四、配合貴公司遵循國內外稅務法令(包含但不限於中華民國相關法令及美國海外帳戶稅收遵循法)、條約或國際協議的必要措施,包含:
 - (一)調查本人之國籍與稅籍稅務資料,將稅籍資料及帳戶資訊揭露予中華民國政府及美國聯邦政府;
 - (二)調查結果顯示本人與貴公司間的關係符合國內外稅務法令、條約或國際協議的特定條件*時,為本人辦理稅款扣繳之結算。
 *特定條件:包含但不限於本人未能提供、未能據實出具應提供的相關文件等情形。

敬請當事人依留存之簽章樣式親自簽名,如有虛偽不實,簽章人應負法律責任;未滿七足歲由法定代理人代簽,七足歲(含)以上但未滿二十足歲者由本人及法定代理人簽名。

當事人簽章: _____

法定代理人簽章: _____ (與當事人關係: _____)

日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日





2628011

【附錄】個人資料保護法告知事項聲明書

—美國海外帳戶稅收遵循法遵循事宜—

緣台灣人壽保險股份有限公司(下稱「本公司」)參與遵循美國海外帳戶稅收遵循法案(Foreign Account Tax Compliance Act, 下簡稱「FATCA 法案」), 與美國財政部國稅局簽定外國金融機構協議, 及依據我國與美國所簽署之 Agreement between the Government of the United States of America and the Government of Taiwan for Cooperation to Facilitate the Implementations of FATCA (下稱「IGA 協議」), 負有辨識台端是否具有美國公民或稅務居民身分之義務, 本公司茲請求台端配合遵循 FATCA 法案及 IGA 協議之相關規定, 並依我國個人資料保護法規定, 向台端告知下列事項:

一、個人資料蒐集、處理及利用之目的及類別

本公司為辨識台端身分, 並於必要時申報具有美國公民或稅務居民身分之保單資訊予美國政府及我國權責主管機關, 經台端提供之相關個人資料及留存於本公司之一切保險契約交易資訊, 包括但不限於姓名、出生地及出生日期、國籍、地址、電話號碼、美國稅籍編號、保單號碼及保單現金價值金額等, 將因本公司遵循 FATCA 法案及 IGA 協議之需要, 由本公司蒐集、處理及利用。

二、個人資料利用之期間及方式

於遵循 FATCA 法案及 IGA 協議之必要年限內, 本公司就所蒐集之台端個人資料將於前述特定目的範圍內, 以書面、電子文件、電磁紀錄、簡訊、電話、傳真、電子或人工檢索等方式為處理、利用與國際傳輸。

三、個人資料利用之地區

為履行 FATCA 法案及 IGA 協議下之相關義務, 台端個人資料將於我國及美國地區受利用。

四、個人資料利用之對象

為履行 FATCA 法案及 IGA 協議下之相關義務, 台端個人資料將由本公司、我國權責主管機關及美國政府所利用。

五、個人資料之權利行使及其方式

台端如欲行使上述個人資料保護法第三條規定之各項權利, 有關如何行使之方式, 請洽本公司客戶服務專線 0800-099850 或 (02) 81705156 或於本公司網站(網址: www.taiwanlife.com) 查詢。

六、個人資料之提供

台端得自由選擇是否提供相關個人資料, 惟若台端拒絕提供為遵循 FATCA 法案及 IGA 協議所需之個人資料、或嗣後撤回、撤銷同意或提供資料不足, 本公司仍可能須將台端之保單資訊申報予美國政府及我國權責主管機關, 並依美國海外帳戶稅收遵循法之規定將台端帳戶列為「不合作帳戶」(Recalcitrant Account), 及依法對特定帳戶存入款項扣繳百分之三十之美國稅款, 敬請見諒。



台灣人壽保險股份有限公司 人壽保險投保人須知

一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知，以確保本身權益。

二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。

說明：(一)保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明」又「要保人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。」

(二)因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書及體檢表內各項，以及保險公司指定醫師檢查健康狀況時之詢問事項，都需要實實在在詳詳細細的說明或填寫清楚，不能有過失遺漏、故意隱瞞或告知不實情事。(例如：被保險人過去五年內是否曾受傷或生病住院治療七日以上？應據實告知。)否則，保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約(不過，保險公司須在知有解除原因後一個月內行使)；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人(或被保險人)能證明保險事故發生原因與未告知事項無關。且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

三、要保人繳費累積達有保單價值準備金時，保險公司於接到通知後，一個月內償付解約金。

說明：(一)解約金是要保人按時繳付保險費，在保險期間內終止契約，保險公司結算已繳付保險費扣除契約應分攤保險給付成本及各項費用後，經主管機關核定，應退還要保人的金額。

(二)關於歷年的解約金標準，保險單上面都有記載，可以作為參考。

(三)保險契約的終止，自保險公司收到要保人書面通知開始生效。

四、除外責任

說明：(一)保險公司依照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任。

1. 要保人或受益人故意致被保險人於死者(參考保險法第一二一條)。

2. 被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺，或因犯罪處死或拒捕或越獄致死者(參考保險法第一〇九條)。

(二)此外在保險單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍，可以參閱。

五、保險責任始期及續期保險費過期而未繳付，保險契約會自動停止效力。

說明：(一)本公司應自同意承保並收取第一期保險費後負保險責任，並應發給保險單作為承保的憑證。本公司如於同意承保前，預收相當於第一期保險費之金額時，其應負之保險責任，以同意承保時溯自預收相當於第一期保險費金額時開始。前項情形，在本公司為同意承保與否之意思表示前發生應予給付之保險事故時，本公司仍負保險責任。

(二)第二期以後的分期保險費，年繳或半年繳者自催告到達翌日起、月繳或季繳者自保險單所載交付日期之翌日起有 30 天的「寬限期」，如果超過寬限期間仍不繳付保險費，保險契約即自動停止效力。

(三)要保人得於要保書或繳費寬限期間終了前以書面聲明，當其繳付保險費累積達有保單價值準備金時，如果續期保險費超過寬限期間仍未繳付，保險公司可將保險契約當時的保單價值準備金扣除保險單借款本息之餘額後，自動墊繳應繳保險費及利息使契約繼續有效，直到保單價值準備金之餘額不足墊繳一日的保險費時，保險契約的效力自寬限期終了翌日起停止。上述保險費的自動墊繳，要保人亦得於次一墊繳日前以書面通知保險公司停止自動墊繳。

(四)本契約停止效力後，要保人得在停效日起二年內申請復效。惟不得遲於保險期間之屆滿日。

1. 要保人於停止效力之日起六個月內提出前項復效申請，並清償欠繳保險費(扣除停效期間的危險保險費)、本契約約定之利息後，自翌日上午零時起，開始恢復其效力。

2. 要保人於停止效力之日起六個月後提出復效申請者，本公司得於要保人之復效申請送達本公司之日起五日內要求要保人提供被保險人之可保證明。被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保程度者，本公司得拒絕其復效。

3. 本公司未於前項約定期限內要求要保人提供可保證明，或於收齊前項可保證明後十五日內不為拒絕者，視為同意復效。

4. 前述復效申請，經本公司受領要保人清償欠繳保險費(扣除停效期間的危險保險費)、本契約約定之利息後，自翌日上午零時起，開始恢復其效力。

5. 申請復效期限屆滿時，本保險效力即行終止，本契約若累積達有保單價值準備金，而要保人未申請墊繳保險費或變更契約內容時，本公司應主動退還剩餘之保單價值準備金。

六、保險費繳付累積達有保單價值準備金時，方可以申請保險單借款。

說明：(一)繳付保險費達有保單價值準備金時，要保人得向保險公司申請保險單借款，其可借金額上限依各保險單條款【保險單借款及契約效力的停止】約定辦理。

(二)不是投保後馬上就可申請借款，也不是可以借得已繳的全額保險費。

七、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知道您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供(提醒您可電洽本公司保戶服務專線或各分公司專線查詢繳費情形)。

八、契約撤銷權：

要保人於保險單送達的翌日起算十日內，得以書面檢同保險單向本公司撤銷本契約。要保人依前項規定行使本契約撤銷權者，撤銷的效力應自要保人書面之意思表示到達翌日零時起生效，本契約自始無效，本公司應無息退還要保人所繳保險費；本契約撤銷生效後所發生的保險事故，本公司不負保險責任。但契約撤銷生效前，若發生保險事故者，視為未撤銷，本公司仍應依本契約規定負保險責任。

九、被保險人為未滿十五足歲之未成年人，或精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者，其身故保險金給付之限制。

說明：(一)訂立本契約時，以未滿十五足歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五足歲之日起發生效力；被保險人滿十五足歲前死亡者，本公司得加計利息退還所繳保險費。

(二)訂立本契約時，以精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者為被保險人，其喪葬費用保險金額總和(不限本公司)，不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費用扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。

(三)前開內容在保單條款都有詳細規定，可以參閱。

十、本保險商品受人身保險安定基金之保障。

說明：人身保險安定基金之墊付適用於依我國法律設立許可之本(外)國人壽保險業在我國境內銷售之有效保險契約，但不包括下列契約：

1. 未經我國法令許可之保險業在國內所銷售之保險契約。
2. 國內壽險業之國外(總)分支機構在國外銷售之保險契約。
3. 保險商品之專設帳簿部分。
4. 依據勞工退休金條例年金保險實施辦法規定銷售之勞退企業年金保險契約及勞退個人年金保險契約。
5. 再保險契約。

(人身保險安定基金動用範圍及限額第二點)

十一、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：

說明：(一)要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向投保之保險公司、依金融消費者保護法規定設立之爭議處理機構或行政院金融監督管理委員會(金管會)申訴。

(二)如因保險契約爭議訟者，依據人身保險各險示範條款之約定，以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所不在中華民國境外時，則以雙方約定之地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

◎本須知僅供參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。

◎另外提醒您，繳交保費或保險金給付給指定受益人等保險契約內容，如果涉及規避贈與稅或遺產稅等稅捐情事，稽徵機關仍會依據相關稅法規定及實質課稅原則辦理，且債權人可向法院聲請就保險契約強制執行。保險契約屬於強制執行法規定可執行之財產標的保戶之保險金如屬強制執行法第 122 條第 2 項為維持一己及共同生活親屬之生活所必需者，得依強制執行法第 12 條規定，向法院聲請或聲明異議。