



中國信託金控

台灣人壽

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。

※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

中華民國 107 年 12 月 14 日 台壽字第 1072610135 號函備查修正

(本欄由台灣人壽填寫)

案件類型	<input type="checkbox"/> 新契約 <input type="checkbox"/> 續保	
保單序號		保單號碼

■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	身分證統一編號	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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 區市 鄰 街		
<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，請提供相關證明文件。）			
<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：本人(若為本人，可免填以下粗框欄位，請填E-mail、電子單據服務及電子保單問項即可)
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：

要保人	姓名	身分證統一編號	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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 區市 鄰 街		
	E-mail			
	電子單據服務	<input type="checkbox"/> 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。		
電子保單	<input type="checkbox"/> 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，請務必填寫行動電話及E-mail；無勾選時，則以紙本保單方式處理。			



要保書 3

投保事項

險種名稱	保險金額	總保險費	繳別	續期繳費方式
	萬	元	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳	<input type="checkbox"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡繳費 <input type="checkbox"/> 匯款
	萬			
	元			

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：_____。

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/匯款帳戶			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：			
	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： 與被保險人關係：					
	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 <input type="checkbox"/> 其他，請詳填					
	聯絡地址： 聯絡電話：					
	倘保險金選擇以匯款方式給付者，請參照存摺填寫： 銀行 分行；帳號：					
	(2)姓名：	ID：	出生日期：			
	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： 與被保險人關係：					
	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 <input type="checkbox"/> 其他，請詳填					
	聯絡地址： 聯絡電話：					
	倘保險金選擇以匯款方式給付者，請參照存摺填寫： 銀行 分行；帳號：					
(3)姓名：	ID：	出生日期：				
<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： 與被保險人關係：						
<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 <input type="checkbox"/> 其他，請詳填						
聯絡地址： 聯絡電話：						
倘保險金選擇以匯款方式給付者，請參照存摺填寫： 銀行 分行；帳號：						
(4)姓名：	ID：	出生日期：				
<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： 與被保險人關係：						
<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 <input type="checkbox"/> 其他，請詳填						
聯絡地址： 聯絡電話：						
倘保險金選擇以匯款方式給付者，請參照存摺填寫： 銀行 分行；帳號：						
(5)姓名：	ID：	出生日期：				
<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： 與被保險人關係：						
<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 <input type="checkbox"/> 其他，請詳填						
聯絡地址： 聯絡電話：						
倘保險金選擇以匯款方式給付者，請參照存摺填寫： 銀行 分行；帳號：						

■要保人、被保險人備註欄

Blank space for policyholder and insured person notes.

※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。

■被保險人告知事項

(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：

第一~二項回答-----是 否

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。

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。

■本公司校正欄

Blank space for company correction notes.

■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? <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
					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。

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商品適用: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。

※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

要保人簽名：_____ 業務員/經紀人/代理人簽名：_____

被保險人簽名：_____ 業務員登錄字號/執業證號：_____

法定代理人簽名：_____ 保經/保代簽署人簽章：_____

(身分證統一編號/出生日期：_____ / _____)

(國籍/請註明關係：_____ / _____)

申 請 日 期：_____年_____月_____日

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、被保險人為未滿七足歲之未成年人，由法定代理人代為簽名；未滿 20 足歲之未成年人或已受有監護宣告尚未撤銷者，須其法定代理人簽名。