



## 不定期保險費繳交申請書

- 本項申請自台灣人壽保險股份有限公司【下稱台灣人壽】**確認實際保費入帳且於當日營業日下午 3:00 前將本申請書及銀行匯款單或其他繳費入帳憑證送達台灣人壽總公司視為本公司受理本項申請開始**；逾時則以次日營業日為本公司收到申請文件申請之日。
- 本項申請因不符合「投資型人壽保險商品死亡給付對保單帳戶價值之最低比率規範」須增加基本保額或保險費投入致淨危險保額提高時，須經本公司危險評估且同意。
- 如欲查詢保單狀況之相關訊息可透過本公司網站或客服專線 0800-099-850 或(02)8170-5156 等管道查詢。

保單號碼：\_\_\_\_\_ 要保人：\_\_\_\_\_ 要保人身分證字號：\_\_\_\_\_ 被保險人：\_\_\_\_\_  
E-mail：\_\_\_\_\_ 行動電話：\_\_\_\_\_

(為能即時將本次申辦事項之處理狀況及相關權益通知予您，敬請填寫要保人 E-mail 信箱及行動電話)

### 1. 不定期保險費：

金額	幣別：_____ 元	<input type="checkbox"/> 配置比例依原本續期保費設定之比例投資 <input type="checkbox"/> 不定期保險費特別指定投資標的配置比例方式 (請填寫下欄)
----	------------	--

### 2. 不定期保險費特別指定投資標的配置比例方式：【※投資標的代號請詳閱本公司網站 <http://www.taiwanlife.com>】

\*投資配置比例：各項投資標的之配置比例合計必須等於 100%。

投資標的代號	配置比例	投資標的代號	配置比例	投資標的代號	配置比例	投資標的代號	配置比例	投資標的代號	配置比例
1)	%	2)	%	3)	%	4)	%	5)	%
6)	%	7)	%	8)	%	9)	%	10)	%

### 3. 基本保額增加 (擇一填寫) (變額萬能壽險適用) ※申請增加基本保額其相關規定敬請詳讀保單條款。

A 自行設定	增加基本保額為：幣別：_____ 元 (幣別需同保單幣別)
B 若累計已繳保險費 (含此次不定期保險費繳交) 合計未符合【投資型人壽保險商品死亡給付對保單帳戶價值之最低比率規範】，要保人及被保險人 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 台灣人壽調整基本保額符合規範。	

### 4. 被保險人告知事項：(變額萬能壽險適用)

※ 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，該增加基本保額之約定無效，並回復至基本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。

身高 公分	被保險人目 前服務單位	主要工 作內容	兼職工 作內容	(若無則免填寫)
體重 公斤				
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。		
目前是否受有監護宣告 (請勾選) ?		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明文件。		
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？ 2. 最近二個月內是否曾受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？ 3. 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？(1)高血壓症(指收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌梗厚、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、腎囊胞。(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。 4. 過去五年內是否曾受傷或生病住院治療七日以上？ 5. 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) 6. 過去一年內是否曾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)青光眼、白內障。 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)。 8. 是否已確知懷孕？如是，已經 _____ 週(女性被保險人回答)。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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、治療情形及現狀。				

### ※申請辦理上述變更作業時，請同時確認下列事項：

- 是，本人(要保人)如選擇增加或轉換之投資標的為共同基金且為本公司新增之投資標的時，則即為同意同時加批「台灣人壽共同基金投資標的批註條款」。
- 如選擇增加或轉換之投資標的為具配息機制或本公司委託全權委託投資事業代為運用與管理之全權委託帳戶之資產撥回機制，其基金配息前可能未先扣除應負擔之行政管理相關費用，另基金之配息或全權委託帳戶之資產撥回機制來源可能為本金，詳情可參考各投資標的選擇表。

※要保人與被保險人聲明事項：1. 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。2. 本人(被保險人、要保人)同意台灣人壽將本申請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。3. 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。

※本人(要、被保險人及法定代理人)已詳細閱讀瞭解並同意本申請書背版第 2 頁「授權同意約定事項」、「應注意事項」及「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」，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。

此致 台灣人壽保險股份有限公司

※以下簽名應由要/被保險人本人親自為之且簽章樣式需與要保書件相同；如為七歲以下子女由法定代理人代簽，如未滿法定年齡二十歲者或已受有監護宣告尚未撤銷者，應由法定代理人簽章確認；要保人、被保險人及法定代理人簽章樣式與原要保書件不符時，須同時辦理變更簽章樣式。

要保人簽章	被保險人簽章	法定代理人簽章	申請日期
		身分證字號：_____ 關係：_____	年 月 日
代收區號	受理(業務)人員簽名 及行動電話	登錄證字號/ 執業證號	覆核主管簽名 及行動電話
	<small>*本人已確認及核對客戶身分與身分證 明文件相符並親晤要保人/被保險人/ 法定代理人親自簽章辦理。</small>		保經/保代簽署人章
			台灣人壽受理章





**※授權同意約定事項：**

1. 茲依中央銀行外匯局台央外在伍字第0九一00三四二四0號函規定，本人（即要保人）授權台灣人壽保險股份有限公司代理本人在本人每年結匯額度範圍內，辦理保險契約各項結匯相關事宜，台灣人壽保險股份有限公司代理本人辦理幣別間轉換時，均依保險契約約定之匯率給予本人，本人瞭解並同意承受市場匯率變動所帶來之投資風險，在收到本人之書面通知終止同意授權前，本授權行為永久有效。（依據「外匯收支或交易申報辦法」及「銀行業輔導客戶申報外匯收支或交易應注意事項」之規定，其每筆結匯金額達新台幣五十萬元(含)以上者，要保人需年滿20足歲。惟要保人未年滿20足歲但每次結匯之金額低於新台幣五十萬元時，則不受年滿20足歲之限制。）
2. 本人(要保人)授權同意，經境外基金機構認定疑似涉及短線交易時，台灣人壽保險股份有限公司得依境外基金管理辦法及主管機關之相關規定，提供本人所留存之姓名、身分證字號及交易資訊予境外基金機構或總代理人，俾符合境外基金註冊地之要求。

**※應注意事項：**

本人(要保人)已詳細閱讀基金公司網頁上最新之基金公開說明書，並知悉基金禁止短線交易及其他異常交易，當違反短線交易限制時，或當其他異常交易影響其金投資管理策略或損及整體基金受益人之權益時，可能遭拒絕交易或收取短線交易罰金，相關短線交易限制公佈於各基金公司網站。

**※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（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)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識別」，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：**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。
3. **個人資料之來源：**(1)要(被)保人。(2)當事人之法定代理人、輔助人。(3)各醫療院所。(4)與第三人共同行銷、交叉運用客戶資料、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。
4. **個人資料利用之期間、對象、地區、方式：**(1) 期間：執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(2) 對象：本(分)公司及本公司海外分支機構、合作推廣公司、共同行銷公司、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、財團法人金融聯合信用卡中心、財團法人金融聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊中心、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、財團法人保險犯罪防制中心、海外急難救助公司。(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. **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：**(1)得向本公司行使之權利：A、向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。B、向本公司請求補充或更正。C、向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(2)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。
6. **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關機關核准之服務。

