



保險契約內容變更申請暨健康告知書

《傳統型及投資型商品需健康告知時使用》

- 一般變更
 猶豫期變更

※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)

本次申請契約內容變更未附上原保單: 要保人特此同意經 貴公司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 _____

	主保險人	配偶	子女(1)	子女(2)	子女(3)
姓名					
身分證統一編號					
性別					
出生日期					
職業/兼業及工作內容					
國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他: _____	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他: _____	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他: _____	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他: _____	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他: _____
職業等級					
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)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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: _____	姓名: _____ 與被保險人關係: _____	姓名: _____ 與被保險人關係: _____	姓名: _____ 與被保險人關係: _____	姓名: _____ 與被保險人關係: _____

被保險人告知事項:	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
※要保人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。 ※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。										
1、目前之身高/ 體重?			CM	KG	CM	KG	CM	KG	CM	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、腎囊胞、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、高脂血症青光眼、白內障、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)。										
9、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。										





7615011

被 保 險 人 告 知 事 項

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

投保本公司增愛十全終身保險，請另外回答第 10 項。

10、過去兩年內是否曾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)
 (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。(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。
 (3)肌電圖或神經傳導檢查。

投保本公司健康險主、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)者，請另外回答第 11 項。

11、除上述第 3 項至第 10 項所列疾病外，過去一年內至現在是否患有下列疾病？
 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。
 被保險人若為二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)

投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」健康險時，除壽險部份及健康險部份告知事項需勾選外，請另外回答以下告知事項。

12、過去兩年內是否曾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)
 (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。(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。
 (3)肌電圖或神經傳導檢查。

【重要事項告知書】

※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，使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疾病，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，而得免除全民健康保險部分負擔之資格者，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) <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>
	要保人簽名：_____
簽名欄	法定代理人簽名：_____ <p>簽名欄注意事項：</p> 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，須其法定代理人簽名。

13、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，未經本公司同意復效前，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。若經本公司通知繳費，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、若經本公司審核後，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 貴公司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 貴公司對於危險估計時，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载本人資料轉送產、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(要保人、被保險人及法定代理人)已詳細閱讀瞭解並同意本申請書第 3 頁「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。
- 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。

※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；如為七足歲以下子女由法定代理人代簽，如未滿法定年齡二十歲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。

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____ 被保險人配偶簽名：_____

被保險人子女簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

申請日期：_____年_____月_____日 (身分證字號：_____ 與未成年者關係：_____)

業務員/經紀人/代理人簽名：_____ 業務員登錄字號/執業證號：_____

保經/保代簽署人簽章：_____ 受理日期：_____





※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。

