

(This insurance policy is a foreign currency insurance policy. All payments and transactions will be denominated in Assigned Currency.)

要保書文號：中華民國 104 年 10 月 1 日 104 中信壽商發一字第 089 號函申報

Filed for reference with Letter 089 from PDI, CTBC Life dated on 2015.10.01

核准文號：中華民國 104 年 11 月 20 日金管保壽字第 10402548850 號

要保書文號：中華民國 106 年 9 月 26 日台壽字第 1062610127 號函申報修正

Filed for reference with Letter 1062610127 from Taiwan Life dated on 2017.09.26

- ◎ 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相關法令，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。

This product has been reviewed by Taiwan Life authorized signatory to confirm it is in line with the general actuarial principle and insurance regulations. In order to secure proposer's rights, and equally weighted both parties' wellbeing, proposer shall thoroughly read through the provision and relevant documents and choose your insurance policy with consideration. Taiwan Life holds the legal responsibility for the authenticity of the contract or illegal act.

- ◎ 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。

Policy surrender or fail to continue with premium payment may result in unfavorable consequences to the proposer, please be mindful when selecting your insurance policy.

- ◎ 保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解，並把握保單契約撤銷之時效（於本公司寄送或交付保險單時起算二十一日內）。應以書面方式通知台灣人壽撤銷保單。

All rights and liabilities are listed in the policy provision; the proposer must thoroughly read through and may cancel this contract by giving a written notice to Taiwan Life within 21 days from the day on which Taiwan Life sent or delivered insurance contract to the proposer.

- ◎ 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。

This insurance policy is a non-participating policy, in which neither dividend participation nor payment of dividend benefit is granted.

- ◎ 匯款銀行如為本公司指定銀行者，受款人無需負擔匯款費用，但受款行手續費仍由受款人自行負擔；指定銀行請至本公司網站查詢。

Remittance fee will be waived if the proposer or beneficiaries choose Appointed Bank's foreign currency deposit account and bank to pay or receive related payments while the beneficiary still should bear Inward Remittance Fee. Appointed banks list is provided on Taiwan Life's official website.

- ◎ 要保書如有疑義或中、英文版本有歧異時，應以中文版本為準。

In this proposal, shall there be any questions or discrepancy between English and Chinese version, the Chinese version shall prevail.

- ◎ 本公司資訊公開說明文件已登載於網站（www.taiwanlife.com），客戶服務專線為（886）2-8170-5156，地址：臺灣臺北市南港區經貿二路 188 號 8 樓。

The public information about Taiwan Life is available on company's website(www.taiwanlife.com). Customer Service Line: (886)2-8170-5156. Address: 8F, No. 188, Jingmao 2nd Rd., Nangang Dist., Taipei City 115, Taiwan(R.O.C).

保單號碼：_____（由本公司填寫）

* 以下資料請以正楷填寫，若有塗改，請要保人於塗改處親自簽名。謝謝！

Policy no. (For Taiwan Life use only)

* Print and complete all answers in capital letter. Any changes must be initialed by the proposer, thanks!

被保險人 Proposed Insured			
英文姓名 (須與護照相同) English Name as shown on Passport	出生日期 (日/月/年) Date of Birth (DD/MM/YYYY)	日	月 年 MM YYYY
中文姓名 Chinese Name	投保年齡 Issue Age		
護照號碼/身分證號 Passport No./ ID Card No.	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female
國籍 Nationality	電子郵件 E-mail Address		
住所地址 Residential Address			
聯絡電話 Contact Number	行動電話 Mobile Number		
<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No	被保險人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。） Whether the proposed insured has a disability card or proof? (If Yes, Please provide relevant supporting documents.)		



2107022

◎保單各項通知及文件將以電子郵件或其他約定方式通知要保人。

Notice of policy and other documents will be sent to the proposer via email or other designated methods.

要保人 The Proposer

 被保險人本人 (若為被保險人本人請勾選, 且下列要保人資料無需填寫)

Same as the proposed insured (If the proposer is the same as the proposed insured, please check the front square with a "✓" and do not answer this section)

英文姓名 (須與護照相同) English Name as shown on Passport	出生日期 (日/月/年) Date of Birth (DD/MM/YYYY)	日	月	年
中文姓名 Chinese Name	投保年齡 Issue Age	DD	MM	YYYY
護照號碼/身分證號 Passport no./ ID card no.	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female	
國籍 Nationality	電子郵件 E-mail Address			
實際工作內容 Duty detail	兼職工作內容 Part time job detail			
與被保險人關係 Relationship with proposed insured				
住所地址 Residential Address				
聯絡電話 Contact Number	行動電話 Mobile Number			

◎被保險人投保經歷 Insurance Record of the Proposed Insured

1. 被保險人是否曾申請投保保險或保單復效時, 被拒保、延期、加費承保、附加條件承保或修改合約條款之情形? Had the proposed insured submitted an insurance proposal or policy reinstatement which has been declined, postponed, extra risk charged, conditional risk-taken or special terms modified in policy provisions? <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No 若是, 請詳述公司名稱、申請日期、原因。 If "Yes", please describe the above details of insurance company name, policy submission date and reason.
2. 被保險人現在是否已有購買或正在申請任何保險? <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No Did the proposed insured buy an insurance contract or apply for any one? 若「是」, 請詳述公司名稱、保險種類、保險金額、投保日期。 If "Yes", please describe the above details of insurance company name, insurance type, sum assured and policy submission date.

◎保險內容及金額 Contract Coverage and Sum Assured

險別名稱 Product Name	○○○○○○○○○/_____	約定外幣 Assigned Currency	<input type="checkbox"/> 美元 USD	<input type="checkbox"/> 人民幣 CNY	<input type="checkbox"/> _____
保險金額 Face Amount	元	每期保險費 Modal Premium	元		\$
繳費期間 Planned Payment years	<input type="checkbox"/> ○○年 <input type="checkbox"/> ○○年 <input type="checkbox"/> ____年 Year Year Year	繳別 Payment Methods	<input type="checkbox"/> 躉繳 Single premium <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 (首期應繳二個月) Annual semi-annual quarterly monthly (Initial premium payment should be paid for the first two months)		
繳費方式 Payment Methods	<input type="checkbox"/> 匯款 Remittance	<input type="checkbox"/> 金融機構轉帳 Bank Transfer	<input type="checkbox"/> 其他: _____ Other		
自動墊繳 Automatic premium loan option	<input type="checkbox"/> 同意 Yes <input type="checkbox"/> 不同意 No	要保人是否同意保險費逾寬限期未繳付時, 以保單價值準備金自動墊繳保險費? Does the proposer agree to use the policy value against premium payment via automatic premium loan option once the proposer fails to pay premiums after the grace period? (墊繳保險費的利息, 自寬限期間終了翌日起, 按當時本公司公告的保險單借款利率計算, 並應於墊繳日後之翌日開始償付利息; 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。)			



2107023

◎受益人資料 Beneficiary

1. 祝壽保險金受益人未指定時，以被保險人本人為指定之受益人。
If the beneficiary of maturity benefit is not designated, it will be the proposed insured.
2. 二人以上之受益人請勾選給付方式，勾選依比例者請註明分配比例之百分比(%)，勾選依順位者依序號決定受益順位；給付方式均未勾選者則由該項保險金所有受益人平均分配。
If two or more beneficiaries are named, please select the type of settlement. If [Payable by share Percentage%] is selected, please assign the share percentages. If [Priority] is selected, please list the beneficiaries in the order of priority. If the type of settlement is not specified, proceeds shall be [Payable in equal shares].

保險金種類 Type of benefit	姓名 Name (English and Chinese)	證件號碼 Passport no. / ID no.	與被保險人關係 Relationship to proposed insured	給付方式 Type of Settlement		
身故保險金 Death benefit	(1)			<input type="checkbox"/> 均分 Payable in equal shares <input type="checkbox"/> 順位 Priority <input type="checkbox"/> 比例 Payable by share percentage% (請註明比例) (Please assign share %)		
	聯絡地址: Residential address					
	聯絡電話: (O) (H)		行動電話 Mobile number			
	(2)					
	聯絡地址: Residential address					
	聯絡電話: (O) (H)		行動電話 Mobile number			
	(3)					
	聯絡地址: Residential address					
聯絡電話: (O) (H)		行動電話 Mobile number				
祝壽保險金 Survival benefit	姓名 Name (English and Chinese)	證件號碼 Passport no. / ID no.	與被保險人關係 Relationship to proposed insured	給付方式 Type of settlement	倘保險金選擇以匯款方式給付者，請參照存摺填寫： Please refer to the bankbook if the benefit payment is made by remittance.	
	(1)			<input type="checkbox"/> 均分 Payable in equal shares <input type="checkbox"/> 順位 Priority <input type="checkbox"/> 比例 Payable by share percentage% (請註明比例) (Please indicate share %)		_____ 銀行 Bank name
	(2)					_____ 分行 Branch code
	(3)					帳號: _____ Account no.

<input type="checkbox"/> 是 Yes	<p>本人(要保人)已知悉「身故保險金受益人」如係身分別之指定及本人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以本人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。</p> <p>I, the proposer, understand and agree that if the residential addresses and contact numbers of designated beneficiaries of death benefit are not available, Taiwan Life will use the last contact information provided to notify the death beneficiaries.</p>
-----------------------------------	--

◎被保險人告知事項 Medical and Occupational declaration of proposed insured :

「被保險人告知事項」務請要保人及被保險人親自據實回答，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，本公司得解除保險契約。
 "Medical and Occupational declaration of proposed insured" should be responded truthfully by the proposer and the proposed insured, and if there is any deliberate concealment, negligent nondisclosure, or misrepresentation, Taiwan Life may rescind this contract.

身高 Height	公分 CM	被保險人目前服務單位 Current employer of the proposed insured	實際工作內容 Duty detail	兼職工作內容 Part time job detail		
體重 Weight	公斤 KG					
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？ Does the proposed insured currently have any symptom of blindness, partitutumism, limbs, speech or chew functional disturbance ?					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
2. 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？ A. 高血壓症（指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 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。B. 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。C. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。D. 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常〔GPT、GOT 值超過 40 IU/L 以上〕。E. 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。F. 視網膜剝離或出血、視神經病變。G. 癌症(惡性腫瘤)。H. 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。I. 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。J. 紅斑性狼瘡、膠原症。K. 愛滋病或愛滋病帶原。 In the past 5 years, have the proposed insured been suffered from following diseases and received any treatment, diagnosis by doctors, or taken any medicine ? A. High blood pressure(Refers to systolic pressure over 140mmHg or diastolic pressure over 90mmHg),angina pectoris, myocardial infarction, myocardial hypertrophy, endocarditis, rheumatic heart disease, congenital heart disease, aortic aneurysm, arrhythmias (heart block, atrial / ventricular fibrillation, premature contraction), heart valve prolapse or insufficiency. B. Cerebral stroke (cerebral hemorrhage, cerebral embolism), cerebral tumor, cerebral artery hemangioma, cerebral artery sclerosis, epilepsy, Parkinson's disease, myasthenia gravis, transient ischemic attack, muscle atrophy, psychosis C. Pulmonary emphysema, Bronchiectasis, Pneumoconiosis and, Pulmonary tuberculosis D. Hepatitis, Intrahepatic duct stone, Cirrhosis, Liver function abnormal(The GPT or GOT value surpasses above 40 IU/L) E. Nephritis, Nephrotic syndrome, Uremia, Cystic kidney, Kidney dysfunction F. Retinal hemorrhage or detachment, Optic nerve disease G. Cancer (malignant tumor) H. Leukemia, hemophilia, anemia (aplastic anemia, Thalassemia), purpura I. Diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, acromegaly, hyperthyroidism, hypothyroidism, hyperparathyroidism, hypoparathyroidism, hypopituitarism, hyperpituitarism J. Collagen disease, Systemic Lupus Erythematosus K. AIDS, HIV carrier					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
3. 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？ A. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。B. 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。C. 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。D. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。E. 痛風、高血脂症。F. 青光眼、白內障。 In the past year, have the proposed insured been suffered from following diseases and received any treatment, diagnosis by doctors, or taken any medicines ? A. Alcohol or Drugs abuse, Dizziness. B. Esophagus ulcer, esophagus hemorrhage, stomach hemorrhage, gastric ulcer, duodenal hemorrhage, duodenal ulcer, ulcerative colitis, pancreatitis. C. Hepatitis virus carrier, jaundice, liver abscess. D. Asthma, pulmonary embolism, lung abscess, chronic bronchitis E. Gout, hyperlipemia. F. Cataract, glaucoma.					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
4. 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？ In the past two months, have the proposed insured been diagnosed by any doctor or taken medicines for any sickness or injury ?					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
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） In the past 2 years, have the proposed insured been suggested to take other examination or treatment due to abnormal results of physical examination ?					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
6. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ In the past 5 years, have the proposed insured been hospitalized more than seven days due to injuries or sickness ?					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
女性被保險人，請回答第 7 至 8 項： For female proposed insured, please answer question 7 and 8 :						
7. 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？ In the past year, have the proposed insured been suffered from Mastitis, endometriosis, vagina bleeding, galactorrhoea and received any treatment, diagnosis by doctors, or taken any medicines ?					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No



2107025

8. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？ Is the proposed insured pregnant？ If yes, how many weeks？	<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
--	-----------------------------------	----------------------------------

以上如回答「是」者，請標明題號並將大約發病時間、病名、治療院所、大約治療方式、大約治療期間及結果記明於下：
If you answered "yes" to the above questions, please specify the question number and provide the approximate time of occurrence, disease name, treatment institute, method of treatment, period of receiving treatment and the result here.

※招攬人員是否出示合格銷售資格證件？ Has the insurance solicitor shown a valid solicitor certificate for your perusal?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 Yes No
--	---

※要保書之聲明事項係要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：

Declaration of insurance proposal contains the following agreements the proposer and proposed insured shall authorize:

1. 本人（被保險人）同意台灣人壽保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
I (The proposed insured) agree Taiwan Life to obtain the records of treatment and medical history of the proposed insured from the related hospitals, clinics or doctors.
2. 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要保書上載本人資料轉送產、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。
I (The proposed insured, the proposer) agree Taiwan Life to transmit my personal data on this proposal to Non-Life and Life Insurance Associations of R.O.C., and further agree the members of Non-Life and Life Insurance Associations of R.O.C. have the right to access and retrieve the data as a reference for the underwriting and claim processes. However, the insurers shall make the underwriting and claim decisions in accordance with the established underwriting and claim procedures rather than entirely relying on the data.
3. 本人（被保險人、要保人）同意台灣人壽保險股份有限公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
I (The proposed insured, the proposer) agree Taiwan Life to collect, process, and use my personal data on this proposal under the scope of "Personal Information Protection Act" of Taiwan.
4. 申請投保時，本人（被保險人、要保人）為持有外國身分證且在臺灣境內無住所（無戶籍且未取得居留證）之個人，或要保人為依外國法律組織登記之法人且非屬經認許在臺灣境內營業之分支機構。
At the time of applying for this Insurance, I (The proposed insured, the proposer) am a foreign national without registered domicile in Taiwan and I am not holding an Alien Resident Certificate(ARC) or Alien Permanent Resident Certificate(APRC) Issued by Taiwan Authority; or I (the proposer) am representing an oversea Entity which does not have any registered business in Taiwan.



8101011

要保人簽章： _____
Signature of the Proposer (未滿 7 足歲由法定代理人代簽章)
(Signed by legal representative if the proposer is under the age of 7.)

被保險人簽章： _____
Signature of proposed insured (未滿 7 足歲由法定代理人代簽章)
(Signed by legal representative if the proposer is under the age of 7.)

法定代理人簽章： _____ (請註明關係 Relationship： _____)
Signature of legal representative:

申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
Date signed Year Month Day

(若要保人 / 被保險人未滿 20 足歲，需其法定代理人一併簽章)
(If the proposer or the proposed insured is under the age of 20, a co-signatory of his / her legal representative is required.)

業務人員簽名： _____
Signature of sales representative

保經保代

登錄字號： _____
Certificate No. of sales representative

簽署人章： _____
Signature of sales representative From Agency & Brokerage

..... 受理欄



以外幣收付之非投資型人身保險客戶適合度調查評估表

The Non-Investment Life Insurance with Foreign currency Receipt and Payment
Customer fit Survey Evaluation Form

要保人購買以外幣收付之非投資型人身保險的目的（最少需勾選 1 項，可複選，請打勾）
The purpose of the proposer insured The Non-Investment Life Insurance(At least one check, Multiple selections accepted, please check with a “✓”)
註：本表各問題選項請以實際目的勾選（每項為獨立目的），評估時選項中有非為您購買本保險目的之選項時，則該項無須勾選。
Note: please check the list this form with actual purpose (each item is independent), if there's an item not the purpose you insured this Insurance, you don't have to answer.

目的 Purpose	問題 Question	是 yes	否 No
1. 多元資產配置 1. Multiple Assets Allocation	是否有外幣資產或投資，如外匯存款、海外基金、國外的股票……等？ Whether there are foreign currency assets or investments, such as foreign exchange deposits, offshore mutual fund, foreign stock…?		
	是否曾購買以外幣計價之保險商品或各類投資工具？ Have you purchased insurance products or various investment instruments denominated in foreign currencies?		
	未來是否有規劃持有外幣資產或投資？ Do you have plans to hold foreign currency assets or investments?		
2. 教育資金準備 2. Prepare for Education Funds	子女是否有出國留學之規劃？ Do you plan your children to study abroad?		
	該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？ Can the currency of that country be the same as the currency of the Insurance?		
3. 購屋資金準備 3. Prepare for Purchase House	是否有在國外置產之規劃？ Do you plan for foreign property?		
	該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？ Can the currency of that country be the same as the currency of the Insurance?		
4. 養老生活資金準備 4. Prepare for Pension Funds	退休後是否有到國外長住，養老、生活或旅遊之規劃？ Do you plan to stay abroad, pension, live or travel after retirement?		
	該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？ Can the currency of that country be the same as the currency of the Insurance?		
5. 遺族生活資金準備 5. Prepare for Survivors' funds	保險金受益人是否居住於國外？ Is the beneficiary of the insurance resident living abroad?		
	該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？ Can the currency of that country be the same as the currency of the Insurance?		
6. 海外醫療準備 6. Prepare for Overseas medical	是否有海外經商、出國留學或到國外長住、養老、生活之規劃？ Do you plan overseas business, study abroad or to foreign long live, pension, life planning?		
	該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？ Can the currency of that country be the same as the currency of the Insurance?		
7. 其他(請說明) 7. others(Please Explain)			

以上調查評估結果：

The results of above survey :

➢ 欲投保以外幣收付之非投資型人壽保險或年金保險者：

For non-investment life insurance or annuity insured in foreign currency :

目的 1 至目的 5 任一目的所屬問題選項有勾選「是」或有說明其他購買目的者，表示未來有外幣需求，為本保險適合的銷售對象。

If any of the questions of the purpose 1 to 5 is checked "yes" or described the other purposes. Indicating that there is foreign demand in the future, this is the suitable person for the insurance.

➢ 欲投保以外幣收付之非投資型健康保險者：

For non-investment health insurance insured in foreign currency :

目的 6 所屬問題選項有勾選「是」或有說明其他購買目的者，表示未來有外幣健康保險需求，為本保險適合的銷售對象。

If any of the questions of the purpose 6 is checked "yes" or described the other purposes. Indicating that there is foreign health insurance demand in the future, this is the suitable person for the insurance.

若無任一目的所屬問題選項有勾選「是」且未說明其他購買目的者，表示未來無外幣需求，非為本保險適合的銷售對象。

If all questions of purposes is checked "No" and did not specify the other purposes of the purchase. Indicating that there is no foreign demand in the future, this is not the suitable person for the insurance.

根據調查結果評估是否為本保險適合的銷售對象？

Whether the insurance for the sale of the person according to the survey results?

適合的銷售對象，請繼續以下問題

The suitable person continues to the following questions, please?

問 題 Question	是 yes	否 No
1. 請確認有外幣需求及承擔匯率風險的能力？ Please confirm the ability to meet foreign currency demand and bear the exchange rate risk?		
2. 業務員是否已向要保人說明於繳納保險費，或領取各種保險金、解約金等款項，以新臺幣兌換外幣、或外幣兌換新臺幣時，可能有匯率風險？ Whether the insurance solicitor has to explain to the proposer in the premiums payment, or receive all kinds of insurance payment, surrender value, NT dollars for foreign currency, or foreign exchange for NT, there may be exchange rate risk?		
3. 業務員是否已向要保人說明購買以外幣收付之非投資型人身保險，應由要保人或保險公司所負擔銀行收取之匯率差價、匯款手續費、郵電費及其他費用？ Whether the sales representative has to explain to the proposer insured the non-investment life insurance with foreign currency, charge by the bank about the exchange spreads, remittance fees, postal fees, and others expenses should be borne by the proposer or insurance company.		
4. 業務員是否已向要保人說明外匯及其他相關主管機關有關法令規定？ Whether the sales representative has to explain to the proposer about the relevant laws and regulations of foreign exchange and other relevant authorities?		

本人(即要保人)已經了解上列所述各項問題並已確實勾選。

I(The proposer) have been aware of the issues described above and have been checked.

要保人簽章：_____ 法定代理人簽章：_____

Signature of the Proposer

Signature of legal Representative

業務人員/保險經紀人/保險代理人簽名：

Signature of sales representative/ sales representative From Agency or Brokerage

申請日期： 年 月 日
Date of Application Year Month Day



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問項之填寫，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					



台灣人壽保險股份有限公司
財務狀況告知書
Taiwan Life Insurance Co., Ltd
Financial Information



要保人姓名：_____ 被保險人姓名：_____ 保單號碼：_____

Proposer's Name Insured's Name Policy No.

一、投保目的 Purpose of Insurance：保障 Protection 子女教育經費 Dependent's Education Funds 退休規劃 Retirement Plan 房屋貸款 Home Mortgage 其他 Others _____

二、要/被保險人工作狀況 Occupation of Proposer/Insured：

項目 Items	被保險人/被保險人之法定代理人 Insured/Insured's Legal Representative	要保人/要保人之法定代理人 Proposer/Proposer's Legal Representative (被保險人與要保人為同一人免填) (If the proposer and the insured is the same person, the below information is not required.)
公司名稱/營業項目 Company name/ Business Items	/	/
職稱/工作內容/年資 Position/Job Nature/Tenure	/	/
是否為公司股東? Are you a shareholder?	<input type="checkbox"/> 否 No. ; <input type="checkbox"/> 是, 持股比例 Yes, Shareholding Percentage _____ % (若是, 續填下題) (If "Yes", please answer the question below.)	<input type="checkbox"/> 否 No. ; <input type="checkbox"/> 是, 持股比例 Yes, Shareholding Percentage _____ % (若是, 續填下題) (If "Yes", please answer the question below.)
公司概況 (若非公司負責人或股東 無需填寫) (If not the person in charge of the company or shareholders do not need to fill out.)	1.過去三年平均營業收入 Average turnover in the last 3 years _____ 萬元 \$ten thousand 2.過去三年平均稅前利潤 Average profit before tax in the last 3 years _____ 萬元 \$ten thousand 3.總資產 Total Assets : _____ 萬元 \$ten thousand ; 負債總額 Liabilities : _____ 萬元 \$ten thousand	1.過去三年平均營業收入 Average turnover in the last 3 years _____ 萬元 \$ten thousand 2.過去三年平均稅前利潤 Average profit before tax in the last 3 years _____ 萬元 \$ten thousand 3.總資產 Total Assets : _____ 萬元 \$ten thousand ; 負債總額 Liabilities : _____ 萬元 \$ten thousand

三、要/被保險人之財務狀況 Financial Situation of Proposer /Insured

項目 Items	被保險人/被保險人之法定代理人 Insured/Insured's Legal Representative	要保人/要保人之法定代理人 Proposer/Proposer's Legal Representative (被保險人與要保人為同一人免填) (If the proposer and the insured is the same person, the below information is not required.)
收入 Income	年薪資收入(含紅利獎金) Annual Salary Income (Including Bonus) : _____ 萬元 \$ten thousand 其他收入(如利息、保險給付、租金) Other Income (e.g. Interest, clams, Rent, etc.) : _____ 萬元 \$ten thousand 家庭年收入 Family annual income : _____ 萬元 \$ten thousand	年薪資收入(含紅利獎金) Annual Salary Income (Including Bonus) : _____ 萬元 \$ten thousand 其他收入(如利息、保險給付、租金) Other Income (e.g. Interest, clams, Rent, etc.) : _____ 萬元 \$ten thousand 家庭年收入 Family annual income : _____ 萬元 \$ten thousand



台灣人壽保險股份有限公司
財務狀況告知書
Taiwan Life Insurance Co., Ltd
Financial Information



4201011

資產 Assets	動產 Personal Property (含存款、股票、基金、債券等)(eg. Deposit, Stock, Fund, Bond, etc.)		動產資產總額 Total Personal Property : _____ 萬元 \$ten thousand			動產資產總額 Total Personal Property : _____ 萬元 \$ten thousand				
			存款往來銀行：_____、_____、_____			存款往來銀行：_____、_____、_____				
			Correspondent Bank			Correspondent Bank				
	不 動 產 Real Estate	房屋 House	座落地點 Location	面積 Area	市價 Market Value	座落地點 Location	面積 Area	市價 Market Value		
<input type="checkbox"/> 同要保人住所 The same residence with proposer. <input type="checkbox"/> 同被保人住所 The same residence with insured.			____ 坪 square feet	_____ 萬元 \$ten thousand	<input type="checkbox"/> 同要保人住所 The same residence with proposer. <input type="checkbox"/> 同被保人住所 The same residence with insured.		____ 坪 square feet	_____ 萬元 \$ten thousand		
		土地 Land	<input type="checkbox"/> 同要保人住所 The same residence with proposer. <input type="checkbox"/> 同被保人住所 The same residence with insured.		____ 坪 square feet	_____ 萬元 \$ten thousand	<input type="checkbox"/> 同要保人住所 The same residence with proposer. <input type="checkbox"/> 同被保人住所 The same residence with insured.		____ 坪 square feet	_____ 萬元 \$ten thousand
借款總類及負債總額 Types of Loans & Total Debt		房屋貸款 Home Mortgage	保單貸款 Policy Loan	其他貸款 Other Loan	房屋貸款 Home Mortgage	保單貸款 Policy Loan	其他貸款 Other Loan			
		_____ 萬元 \$ten thousand	_____ 萬元 \$ten thousand	_____ 萬元 \$ten thousand	_____ 萬元 \$ten thousand	_____ 萬元 \$ten thousand	_____ 萬元 \$ten thousand			

四、被保險人居住情形：Occupancy Status of Insured

1. 目前所居住的房屋為 The house currently residing is : 自有 (含本人、配偶、父母所有) Owned (Including Insured self、 spouse、 parents) 租賃 Rented 其他 others _____

2. 是否有設定抵押 Setting the pledge: 否 No 有 Yes, 抵押金額 Amount: _____ 萬元 \$ten thousand

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。If you have any other financial information relating to this insured, please also provide Taiwan Life with reference.

要保人/被保險人聲明事項：Proposer/Insured declares that:

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。

I (the proposer and the insured) have done by best to provide full and accurate data as a basis for your review of my application for insurance. I certify that the information provided above contains no concealment or misrepresentation sufficient for affecting your appraisal and acceptance of this report.

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。

Pursuant to the Personal Information Protection Act, the Company shall not disclose your personal information to any unrelated third party, (irrespective of whether you are the proposer or the insured.)

被保險人親簽 Signature of Insured		要保人親簽 Signature of proposer	
法定代理人親簽 Signature of Legal Representative	※未滿七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；七歲(含)以上未滿二十歲者，由本人及法定代理人簽名。(Signature of legal Representative for a Minor under Age 7 or a person who has no capacity) (Signature of proposer/Insured and their legal Representative for the Proposer/Insured is age 7 or above and under age 20.) (與要/被保險人關係：_____) Relationship with proposer/ Insured		
業務員/經紀人/代理人簽名 Signature of sales representative/sales representative From Agency or Brokerage		保經/保代受理章 Handled by the Agency or Brokerage	
填寫日期 Date	中華民國	年	月 日 Year Month Day



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

Taiwan Life Insurance Co., Ltd.

Notification for the collection, processing and use of personal information

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:

Pursuant to Paragraph 2 of Article 6 and Paragraph 1 of Article 8 of the Taiwan Personal Information Protection Act ("the Act"), Taiwan Life Insurance CO., Ltd. ("the Company") hereby inform you the following matters. (Paragraph 1 of Article 9 of the Act governs the conduct of the Indirect Information Collectors.) Please read the following notification carefully.

一、蒐集之目的:

(一)人身保險(001)

(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)

1.Purposes of Collection:

(1)Life Insurance (001)

(2)Other business operation pursuant to the Business Registration and the Articles of Incorporation of the Company (181)

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。

2.Classification of Collection of Personal Information:

Personal information of the proposer, the insured, and the beneficiary such as the name, address, telephone number, ID card number, date of birth, occupation, e-mail, accounts opened in the financial institutions, insurance policy number, details of the insurance policy, and the documents, forms, or application forms required by the Company for various business purposes, and the insured's medical record, medical treatment or health examination.

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。

3.Sources of Personal Information:

(1)The proposer (insured);

(2)The party's legal Representative or assistant;

(3)The hospitals;

(4)Any third party engaged in the cross selling, information sharing of personal information, or cooperative promotion activity with the Company; or any third party subcontracted by the Company for a particular business purpose.

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。

4.Period, Target, Area, and Ways of Using the Personal Information:

- (1)Period: Within the necessary period of time as required by the business operation and for complying with the relevant law and regulations;
- (2)Target: The Company and its oversea branches, the cooperative promotion activity with the Company, the Life Insurance Association of the Republic of China , the Non-Life Insurance Association of the Republic of China, the Taiwan Insurance Institute, the Taiwan Insurance Guaranty Fund, the Financial Ombudsman Institution, the Joint Credit Information Center, National Credit Card Center, the Taiwan Clearing House, the Financial Information Service Co., Ltd., the outsourcing enterprises of the Company, the reinsurers of the Company, the Investigation or Financial Supervisory Authority pursuant to the laws and regulations, the Insurance Anti-Fraud Institute, and the oversea emergency assistance enterprises.
- (3)Area: Area where the above-mentioned parties are in operation; and
- (4)Ways: Ways in compliance with the laws and regulations.

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(886)2-8170-5156 客服專線方式。

5.In connection with your personal information held by the Company, you may exercise the following rights by the method as described below pursuant to Article 3 of the Act:

- (1)Your rights to the Company:
 - 1.To inquire, request a review, or request duplication of your personal information;
 - 2.To request to supplement or correct your personal information;
 - 3.To request to discontinue the collection, processing, and use of your personal information; and request to delete it.
- (2)Method of Exercising the Rights:

You may notify the Company in writing (via email, fax, or electronic document, etc.) or make a phone call to the Offshore Insurance Unit of the Company 0800-099850 or (886-2-8170-5156) to exercise your rights.

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。

6.If you refuse to provide your personal information, your rights will be affected as follows:

If you refuse to provide your relevant personal information, the Company may delay or be unable to review and process your application. Therefore, the Company may reject, delay, or refuse to provide you with the complete life coverage and other service approved by the Competent Authority.

台灣人壽保險股份有限公司

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循法案(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。



人壽保險/健康保險投保人須知(OIU)

(本須知僅供參考，有關投保之具體權利義務，請詳保單條款之約定)

~台灣人壽

- 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。
說明：保險業務員管理規則第六條規定：「業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。」如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。
- 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；或自契約訂立後，經過二年不行使而消滅。」
(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因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而終止契約時，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，應返還要保人的金額。
(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)保險契約之解約金依各險種條款之約定辦理，如無解約金者，將於條款險種中名稱項下標註，並退還未到期保險費予要保人。
- 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)此外在人壽及健康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)保險公司的保險責任，是自保險公司同意承保且要保人交付第一期保險費時開始，保險公司並應發給保險單作為承保的憑證。若在保險公司簽發保險單前已先行交付相當於第一期的保險費而發生應予給付的保險事故時，保險公司仍負保險責任。
(二)第二期以後的分期保險費，年繳或半年繳者自催告翌日起、月繳或季繳者自保險單所載交付日期之翌日起有三十天的「寬限期間」，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)「停效」的保險契約，自停效日起二年內，要保人可以申請復效。復效申請須經保險公司同意，且要保人清償欠繳的保險費扣除停效期間的危險保險費之餘額後，保險契約自翌日起恢復效力。
- (五)要保人未申請復效，於停效期間屆滿時，保險契約之效力即行終止，若保險契約已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，保險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(參考保險契約歷年解約金的開始年度)，要保人可以在保單價值準備金範圍內，向保險公司申請保險單借款。

(二)不是投保後馬上就可以申請借款，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。為知道你投保的內容，及維護你的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

八、契約撤銷權：要保人於保險公司寄送或交付保險單時起算二十一日內，得以書面檢同保險單向保險公司撤銷保險契約。前述撤銷之效力自要保人書面之意思表示到達翌日零時起生效，保險契約自始無效，保險公司應無息退還要保人所繳保險費；契約撤銷生效後所發生的保險事故，保險公司不負保險責任。但契約撤銷生效前，若發生保險事故者，視為未撤銷，保險公司仍應依本契約約定負保險責任。

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或返還投資型保險之保單帳戶價值。

(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、本保險商品受保險安定基金之保障。

說明：保險安定基金之保障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。

十一、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：

說明：要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定先向保險業提申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向爭議處理機構申請評議。



台灣人壽保險股份有限公司 生存調查表

約訪資料(由業務人員填寫)		
保單號碼：		
一、 基本 資料	要保人姓名： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 同要保人 被保險人姓名： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	投保內容 (幣值單位： <input type="checkbox"/> 新臺幣 <input type="checkbox"/> 美元 <input type="checkbox"/> 歐元 <input type="checkbox"/> 其他 _____)	
	主約：_____ 保險金額：_____ 元	
	附約： <input type="checkbox"/> 有附加 <input type="checkbox"/> 無附加 第一期所繳保險費：_____ 元	
二、 連 絡 電 話 及 訪 視 地 點	被保險人	法定代理人姓名： 與被保險人關係：
	公司電話 ()	()
	住家電話 ()	()
	手機號碼	
	訪視地點 (請填寫詳細地址)：	
<p>※提醒事項：</p> <p>1. 訪視時間由本公司生調人員與客戶連絡後約訪為準，請勿直接與客戶約定訪視時間，以避免造成客戶的困擾及誤會。</p> <p>2. 訪視對象以被保險人為主，若未成年者，訪視對象須包含法定代理人，請提供法定代理人連絡電話。</p>		
三、如有其他補充資訊，請說明：		
業務人員簽名：_____ 日期：_____年____月____日		
訪視結果(由生存調查人員填寫)		
一、業務人員有親晤要/被保險人(或法定代理人)，客戶並了解購買的是保險商品及保障內容、應繳保險費符合其需求，且要保文件皆為親簽？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明：		
二、身故受益人是否指定為被保險人之配偶、直系親屬(如：父母、子女)或法定繼承人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明：與被保險人關係：_____ 及原因：_____		
三、被保險人外觀： 1. 身體外觀是否有缺損或機能障礙： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，部位：_____		
2. 氣 色： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅潤 <input type="checkbox"/> 暗沈 <input type="checkbox"/> 蒼白		
3. 談吐應對： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，請說明：		
四、如有其他補充資訊，請說明：		
會晤時間：_____年____月____日____時____分 會晤地點：_____		
生存調查人員簽名：_____ 日期：_____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
要保書簽名確認單

保單號碼：_____

本要保書確認由被保險人/要保人/法定代理人親自簽名

受訪者(被保險人)簽章：_____

法定代理人簽章：_____

【要/被保險人未滿20歲者，法定代理人請於此簽章表示同意】

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日