

【投保資格】

1. 保險契約生效日為 112 年 7 月 01 日零時起至 113 年 7 月 01 日零時止，保單生效後中途不再辦理加、退保，保險計畫經選定後不得變更。
2. 本保險計畫被保險人（含眷屬）之職業類別限第三類（含）以內。
3. 本保險計畫需員工本人投保眷屬始得參加，且眷屬投保之保額不得高於員工投保之保額，員工本人未投保之險種，眷屬亦不得附加投保，「父母」限員工本人之父母，不含配偶父母。
4. 若員工本人及配偶皆為員工時，僅能以員工身份投保，且眷屬不得重覆投保。
5. 續保前已罹癌者，本公司不予續保癌症險及醫療險（僅能投保計畫 11）。如已繳納保險費，該次續保之癌症險自始無效，本公司自續保日起無息退還已繳之癌症險及醫療險保險費，僅續保意外險 100 萬及特定意外保險 100 萬。
6. 新進員工及其眷屬或在職員工之新婚配偶可於具備投保資格起，提供新進及新婚證明文件並於一個月內辦理加保，經本公司核保通過後次月 1 日零時生效。
7. 健康告知之填寫規定：
 - (1) 新加保年滿 50 歲(含)以上員工及配偶請一律填寫健康告知聲明書，原續保者不需重新填寫健康告知聲明書。
 - (2) 續保人員若由原投保計畫轉為投保其他計畫時，或新增眷屬加保者，請重新填寫健康告知聲明書，經本公司核保通過始承保。如核保不通過，則續保人員可續保原投保計畫。
8. 投保本計畫之年齡限制：
 - 員工本人：領有固定薪資之正式員工，投保年齡最高至 65 歲，續保可至 70 歲。
 - 員工配偶：與員工本人存有合法婚姻關係之配偶，投保年齡最高至 65 歲，續保可至 70 歲。
 - 員工子女：自滿 15 足歲起至 23 足歲在學未婚者。
 - 員工父母：限員工本人之父母，投保年齡最高至 70 歲，最高續保年齡至 75 歲。

二、保險費繳交方式

1. 採匯款者，請將匯款存根聯影本連同加入表及健康告知書一併執回。

銀行匯款：中國信託商業銀行中山分行 銀行代號：822 - 0141

戶名：台灣人壽保險股份有限公司 帳號：141114212290

2. 採信用卡繳費者，請填寫信用卡付款授權書(團體保險適用)。

***續保者請於112年7月01日前繳回續保調查表。**

【投保說明】

三、自費保險利益表

保障項目/計劃別	員工本人				配偶		子女 (限 15 足歲以上)		父母		弱體 人員	
	計劃 1	計劃 2	計劃 3	計劃 4	計劃 5	計劃 6	計劃 7	計劃 8	計劃 9	計劃 10	計劃 11	
壽險	身故及全殘廢保險金	100 萬	50 萬	50 萬	50 萬	50 萬	50 萬	-	50 萬	-	-	-
傷害保險	意外身故保險金	300 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬
	殘廢保險金	15~300 萬	5~100 萬	5~100 萬	5~100 萬	5~100 萬	5~100 萬	5~100 萬	5~100 萬	5~100 萬	5~100 萬	5~100 萬
	特定事故保險金	300 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬
	重大燒燙傷保險金	75 萬	25 萬	25 萬	25 萬	25 萬	25 萬	25 萬	25 萬	25 萬	25 萬	25 萬
	意外傷害醫療保險金	-	-	2 萬	2 萬	-	2 萬	-	2 萬	-	2 萬	-
癌症險	初次罹患癌症保險金	20 萬	10 萬	10 萬	-	10 萬	10 萬	-	10 萬	-	-	-
	癌症住院日額保險金	300 元	300 元	1000 元	-	300 元	1000 元	-	1000 元	-	-	-
	癌症手術醫療保險金	-	-	2 萬	-	-	2 萬	-	2 萬	-	-	-
	癌症在家療養保險金	-	-	1000 元	-	-	1000 元	-	1000 元	-	-	-
	癌症門診醫療保險金	-	-	1000 元	-	-	1000 元	-	1000 元	-	-	-
	癌症放射線(化學)治療保險金	-	-	1000 元	-	-	1000 元	-	1000 元	-	-	-
住院日額醫療險	住院醫療日額保險金	-	-	1000 元	1000 元	-	1000 元	-	1000 元	-	1000 元	-
	加護病房保險金	-	-	1000 元	1000 元	-	1000 元	-	1000 元	-	1000 元	-
	燒燙傷病房保險金	-	-	1000 元	1000 元	-	1000 元	-	1000 元	-	1000 元	-
	住院手術保險金	-	-	5000 元	5000 元	-	5000 元	-	5000 元	-	5000 元	-
	門診手術保險金	-	-	1000 元	1000 元	-	1000 元	-	1000 元	-	1000 元	-
	住院前後門診醫療保險金	-	-	500 元	500 元	-	500 元	-	500 元	-	500 元	-
每人年繳保費		3,205 元	1,385 元	3,395 元	2,015 元	1,385 元	3,395 元	600 元	3,395 元	600 元	3,825 元	600 元

投保定期壽險、住院醫療險及癌症險者
皆需再勾選健康告知聲明書第二部分告知事項，經核保通過後始生效。

員工代號	員工姓名	本年度是否需簽回申請書 (本欄由台灣人壽套印,若自行填寫,仍須依【續保約定事項】選擇辦理)	
部門名稱	行動電話	公司電話	分機
地址	Email		

如未填寫則以要保人(要保單位)最後所留之地址為被保險人之聯絡地址,作為日後之通知依據。

【續保約定事項】

1. 被保險人(本人/眷屬)同意自次一續年度起團體保險按同一保障計畫繼續續保而不需簽回申請書。
 (1) 若「未勾選」則視為不同意,惟上方「本年度是否需簽回申請書」欄位經台灣人壽套印為「N」者不適用。
 (2) 「勾選同意」者,若有下列情形,續保年度仍須簽回申請書,並請重新勾選本約定事項,若「未勾選」則視為不同意:
 A. 被保險人(本人/眷屬)未全部同意「按同一保障計畫續保而不簽回申請書」。
 B. 被保險人(本人/眷屬)已同意「按同一保障計畫續保而不簽回申請書」,惟經台灣人壽審核後,須採調整後計畫續保。

【被保險人基本資料暨聲明事項】

1. 本人(員工)暨眷屬同意參加本保險計畫,經保險公司核保通過後,採信用卡繳交保險費或匯款至台灣人壽(詳「保險費信用卡付款授權書(團體保險適用)」)。
 2. 被保險人(本人/眷屬)同意若已自費投保實支實付醫療保險(含傷害醫療)累計同業已達二張時,台灣人壽可主動取消參加自費團體保險資格。(若無勾選則視為不同意)
 3. 本人(被保險人)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。
 4. 本人(被保險人)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。

被保險人	異動類別	被保險人姓名 (請親自簽名)	出生(民國) 年月日	身分證字號(護照號碼)		工作內容	計畫別	身故保險金或喪葬費用保險金受益人 (以被保險人眷屬或法定繼承人為限) (註2)		
				外籍人士請填國籍、性別				姓名	身分證字號	關係
1 本人 (法定代理人) (註1)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
2 配偶	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
3 子女 (1)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
3 子女 (2)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
3 子女 (3)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
3 子女 (4)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
4 父親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
5 母親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					

【註】

1. 若被保險人為未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者,需其法定代理人/監護人/輔助人簽名。
 2. 受益人指定二人以上,除特別指定比例或順位給付方式外,由該項保險金之所有受益人平均分配。
- 上述被保險人目前是否受有監護宣告?如是,被保險人姓名: _____, 並請提供相關證明文件。
 上述被保險人目前是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明?如是,被保險人姓名: _____, 並請提供相關證明文件。

【指定受益人之聯絡方式】受益人指定如為身分別之指定,及不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話,則以要保人最後所留之聯絡方式,作為日後身故保險金受益人之通知依據。

姓名	聯絡電話 ()	聯絡地址	□□□□□□
----	----------	------	--------

【注意事項】

1. 上述資料,如有修正或異動,請被保險人於調整處親自簽名確認。
 2. 依保險法第105條規定,訂立死亡保險契約,應經被保險人書面同意。
 3. 本計畫由台灣人壽提供,詳細保險保障及相關權益係以簽訂之保險單及條款為準。

要保人(要保單位)
 暨負責人/代表人
 簽章

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

台灣人壽審核欄 台灣人壽受理欄



保險費信用卡付款授權書(團體保險適用)

保單號碼	主被保險人 確認欄	本人已詳閱及瞭解「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」並同意「保險費信用卡付款約定條款」。
要保人 (要保單位)		主被保險人簽名：_____
		法定代理人(或監護人/輔助人)簽章：_____ (請註明關係：_____)
		※以上簽章應由主被保險人本人親自為之，且簽章樣式需與要保文件相同；簽章者如為七歲以下，應由法定代理人代簽，如為未成年(或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷)者，應由法定代理人(或監護人/輔助人，以下同)簽章確認；被保險人及法定代理人簽章樣式與原要保文件不符時，須同時辦理變更簽章樣式。

■授權人資料

授權人姓名			身分證字號 /統一編號
生日(民國)	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他	行動電話
授權人身份	<input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 ※若非被保險人及受益人時需檢附關係證明。 被保險人之 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 法定代理人(監護人/輔助人)		
發卡機構	銀行	卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB
信用卡卡號	— — — — — — — — — —		有效期限 — / — (月/西元年)

※本人已詳閱及瞭解「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」，並同意「保險費信用卡付款約定條款」。
 ※本人同意繳入台灣人壽之款項若有退還必要者，台灣人壽得逕行退還至原授權信用卡帳戶。



掃描 QR code

查看申請書回寄地址

■授權人(持卡人)簽名

(持卡人請與信用卡簽名樣式一致)

申請日期： 年 月 日

■保險費信用卡付款約定條款：

- 立授權書人(以下簡稱授權人)茲授權信用卡發卡機構、銀行及其他金融機構(以下合稱甲方)及台灣人壽保險股份有限公司(以下簡稱乙方)，得自授權人所指定之信用卡帳戶內請款，代為支付本授權書所載保險單(以下簡稱保險單)之應繳保險費(以下稱保險費)予乙方。
- 本授權書所稱授權人限被保險人、受益人，或為被保險人之配偶、子女、父母、(外)祖父母、兄弟姐妹及法定代理人(或監護人/輔助人)，**若非被保險人及受益人時需檢附關係證明。**
- 授權人若非被保險人本人者，雖授權人與乙方無保險契約關係，但對乙方依授權書約定在其甲方信用卡帳戶扣得之保險費，應自負授權責任，概與乙方無關。
- 本授權書如因內容填寫不全、錯誤或其他原因致甲方或乙方無法辦理信用卡請款者，**不生授權之效力，且若授權人無特別聲明，乙方得將繳費方式更改為自行繳費。被保險人及授權人如欲再為信用卡付款，應與乙方重新約定信用卡付款日期始生效力。乙方未自甲方收受保險費前，被保險人不得主張保險費已繳付。**
- 本授權書上之任一保險單資料，如因填寫錯誤致授權不生效力，或嗣後因契約變更或其他原因而終止授權者，不影響其他保險單之授權內容及效力。
- 本授權書所載保險單之保險費嗣後如有異動，並不影響本授權書之效力；授權人對請款之保險費或其他相關事宜若有疑義時，應逕行洽詢乙方釐清，概與甲方無關。
- 保險契約如經撤銷、終止、解除或其他原因而失效後，如甲方因作業時差或其他因素仍至授權信用卡帳戶請款並交付保險費者，保險契約並不因此而有效，乙方得將請款項無息退還至授權人原信用卡帳戶。
- 授權人如以同一信用卡卡號同時交付兩筆(含)以上保險單之保險費時，甲方得衡量授權人之信用卡可用餘額與保險費狀況後自行決定各筆扣款之先後順序，被保險人及授權人不得有異議。
- 本授權書資料不論審核通過與否或保險單是否成立，均由乙方保存，不予發還。
- 乙方依約向授權人請款後，授權人若未於信用卡帳單上所載繳費截止日前繳費時，所產生之信用卡循環利息依甲方之規定辦理，且前揭利息不適用各保險單之保險契約寬限期約定。
- 授權人與甲方之信用卡契約關係消滅或其他原因，致甲方未能付款予乙方者，授權人應通知被保險人自行於保險單約定期間內，主動向乙方繳交該期保險費。
- 被保險人、授權人及乙方均得以書面通知他方終止本授權書。本授權書終止後，被保險人應另以其他方式繳付保險費，惟被保險人若無特別聲明，**乙方得將繳費方式更改為自行繳費。如甲方與乙方間終止合作關係後，授權人不得以本授權書所載之信用卡帳戶請款繳付指定保險費，本授權書之效力自動終止。**
- 乙方於保險單之保險費到期時，得逕向甲方請求給付當期保險費，並由授權人依相關信用卡約定向甲方履行繳款義務；如授權人新辦信用卡且於該新卡開卡程序完成前已依本授權書授權付款者，亦同。
- 授權人如有冒用他人信用卡之行為，須自負法律責任，概與甲方、乙方無關，甲方、乙方並保留法律訴訟之權利。
- 本約定條款未盡事宜，悉依甲方、乙方慣例及相關法令辦理，另被保險人及授權人同意乙方得基於業務需要修改本授權書之內容。

■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(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項之規定，向台端告知下列事項，請台端詳閱：

- 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。
- 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、表單或申請書內容等個人資料。
- 個人資料之來源：經台端之關係人因與本公司開契約或類似契約關係所生之權利義務，並由前開關係人所提供。
- 個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(1)期間：依本公司因執行業務所必須之保存期間及依法令規定應為保存之期間。(2)對象：本(分)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、財團法人金融消費評議中心、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。(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。
- 台端依據個資法第三條規定得行使之權利及方式：
 (1)得向本公司行使之權利：A、查詢、請求閱覽或製給複製本。B、請求補充或更正、停止蒐集、處理或利用及刪除。(2)行使權利之方式：以書面或撥打本公司 0800-099-850 或 (02)8170-5156 客服專線方式。
 (3)行使權利之效果：本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，恐致遲延或無法提供台端相關服務或給付。
- 台端若不提供個人資料所致權益之影響：本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，恐致遲延或無法提供台端相關服務或給付。

■台灣人壽保險股份有限公司受理傳真專線：

總公司：(02)66031911 台北：(02)23810521 新竹：(03)5254464 台中：(04)22522719
 嘉義：(05)2315481 台南：(06)2290452 高雄：(07)5363778 東部：(03)8352682



團體保險被保險人投保申請表暨健康告知聲明書(C)

要保書文號：中華民國 109 年 10 月 20 日台壽字第 1092610120 號函備查

要保書文號：中華民國 112 年 01 月 01 日台壽字第 1122630012 號函備查修正

一、基本資料：為確保資料的正確性，被保險人各欄資料請以正楷填寫，如有塗改處請簽章確認。

要保單位：_____ 分公司或部室別/代號：_____ 員工代號：_____

員工地址：_____

(※若員工地址未填寫則以要保人(要保單位)最後所留之聯絡地址，作為日後被保險人之通知依據。)

被保險人資料	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親	
姓名							
身分證統一編號							
出生(民國)年月日							
性別(外籍人士填寫)							
國籍(外籍人士填寫)							
計劃別							
工作內容(含兼業)							
目前是否受有監護宣告	<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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<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	<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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

註 1. 被保險人目前受有監護宣告或是領有身心障礙手冊或身心障礙證明(勾選是者)，請提供相關證明文件。
2. 各項保險金受益人詳團體保險要保書約定。

二、告知事項(如僅投保傷害險者，免填本告知事項)

* 被保險人應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，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。

被保險人健康告知事項	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親	
身高(公分)	公分	公分	公分	公分	公分	公分	公分
體重(公斤)	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
請依被保險人身分別親自回答下列事項是否有告知為「是」之情事?	<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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

1. 過去二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)

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?

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?
(1)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。(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(肝功能檢驗值異於檢驗標準的正常值)。(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. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?

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?

【請續填後頁】

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？
 (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、肝腺
 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)。

7. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答)

***若有投保團體長期照顧健康保險時，除回答第1-7告知事項，須另回答第8-9告知事項**

8. 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？
 阿茲海默氏病、退化性關節炎、骨質疏鬆症、失智症、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者、椎間盤疾患，伴有脊髓病變者、脊椎
 狹窄、外傷脊椎病變、脊椎腫瘤

9. 過去一年內是否曾因患有運動神經元疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？

以上詢問各項如答覆「是」，請在本欄詳細註明被保險人姓名、診斷病名(部位及程度)、診治日期、醫院名稱、治療情形及現在
 狀況：

三、聲明事項：

- 本人(被保險人)同意貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意貴公司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。
- 本人(被保險人、要保人)同意貴公司就本人之個人資料，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。
- 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。
- 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。

此致
 台灣人壽保險股份有限公司

被保險人【本人】簽名：_____ 被保險人【配偶】簽名：_____

被保險人【子女(1)】簽名：_____ 被保險人【子女(2)】簽名：_____

被保險人【父親】簽名：_____ 被保險人【母親】簽名：_____

被保險人【 _____ 】簽名：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____ (請註明關係：_____)

法定代理人/監護人/輔助人身分證統一編號：_____ 出生日期：_____ 國籍：_____

(若被保險人為未滿七歲之未成年人，由法定代理人/監護人/輔助人代為簽名；未成年或已受有監護/輔助宣告尚未撤銷者，需其
 法定代理人/監護人/輔助人簽名)

申請日期：_____年_____月_____日

審查意見	受理
<input type="checkbox"/> 標準體承保 <input type="checkbox"/> 婉拒承保 <input type="checkbox"/> 被保險人(姓名) _____ 以 _____ 及其併發症除外承保 <input type="checkbox"/>	
審查人員/日期：_____	



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

本公司蒐集您的個人資料時，依據個人資料保護法(以下稱個資法)規定，應明確告知您下列事項：

1. 非公務機關名稱：台灣人壽保險股份有限公司(即本公司)。
2. 蒐集之目的：(001)人身保險、(040)行銷(包含金融控股公司子公司間共同行銷)、(059)金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(包含金融控股公司為管理被投資事業而建置資料庫並進行業務分析或產出報表)、(061)金融監督管理與檢查、(173)其他公務機關對目的事業之監督管理、其他金融管理業務、(060)金融爭議處理、(030)仲裁、訴願及行政救濟、(113)陳情、請願、檢舉案件處理、(063)非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用、(069)契約、類似契約或其他法律關係事務、(090)消費者、客戶管理與服務、(091)消費者保護、(098)商業與技術資訊、(104)帳務管理及債權交易業務、(136)資(通)訊與資料庫管理、(137)資通安全與管理、(160)憑證業務管理(含 OTP 動態密碼)、(116)場所進出安全管理、遵守與配合國內外洗錢防制、打擊恐怖份子調查與美國經濟制裁、美國與全球稅務申報、(157)調查、統計與研究分析、(182)其他諮詢與顧問服務、(181)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
3. 個人資料之類別：個人識別資訊及社會概況(要保人、被保險人、受益人、其他保險關係人等姓名、國籍、出生年月日、身分證字號、通訊方式、教育程度、影像、語音、婚姻狀況、家庭成員、職業、休閒活動及興趣、旅行、其他遷徙細節及其他足資識別特定人之資料等)、商業活動及財務概況與保險細節(消費金額、消費地點、消費品項等、收入、所得、資產與投資、負債與支出、信用評等、保單號碼、保險細節、財務交易、金融機構帳戶等)、行動及網路媒體資訊(例如 Facebook、LINE 等平台資訊，包括用戶名稱、帳號、封面相片及大頭貼照、朋友名單、興趣、討論群組、按讚及留言分享紀錄、行動裝置識別碼、網際網路協定(IP)位址、網際網路瀏覽軌跡、Cookie、行動裝置所在地)、生物特徵(例如指紋、指靜脈、被保險人之病歷、醫療、健康檢查等)及其他詳如相關業務文件、申請書或契約書之內容，並以本公司與客戶往來之相關業務、帳戶或服務及自客戶或第三人處理所實際蒐集之個人資料為準。
4. 個人資料來源：(1)本公司向要(被)保人直接蒐集、(2)客戶自行公開或其他已合法公開、(3)本公司向第三人(如：本公司所屬中國信託金融控股公司及交互運用客戶資料之子公司、本公司合作夥伴(如：廣告商、電信公司、設備廠商...等)、當事人之法定代理人或輔助人、各醫療院所、與第三人共同行銷或交互運用客戶資料或合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人)蒐集。本公司向第三人蒐集資料時，可能將您的電子郵件地址(Email)、電話號碼、行動裝置識別碼、網際網路通訊協定(IP)位址、CookieID...等資料提供予第三人，做為資料串接識別之工具。
5. 個人資料利用之期間、地區、對象及方式：
 - (1) 期間：特定目的存續期間、依相關法令所定(例如商業會計法等)或因執行業務所必須之保存期間或依個別契約就資料之保存所定之保存年限。(以期限最長者為準)。
 - (2) 地區：「個人資料利用之對象」其國內及國外所在地。
 - (3) 對象：本公司(含受本公司委託處理事務之委外機構)、依法令規定利用之機構(例如：本公司所屬金融控股公司等)、其他業務相關之機構(本(分)公司及本公司海外分支機構、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、海外急難救助公司等)、客戶所同意之對象(例如與本公司共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣業務之公司等)。
 - (4) 方式：符合個人資料保護相關法令以自動化機器或其他非自動化之利用方式。
6. 依據個資法第三條規定，您就本公司保有您的個人資料得行使下列權利：
 - (1) 除有個資法第十條所規定之例外情形外，得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本，惟本公司依個資法第十四條規定得酌收必要成本費用。
 - (2) 得向本公司請求補充或更正，惟依個資法施行細則第十九條規定，您應適當釋明其原因及事實。
 - (3) 本公司如有違反個資法規定蒐集、處理或利用您的個人資料，依個資法第十一條第四項規定，您得向本公司請求停止蒐集。
 - (4) 依個資法第十一條第二項規定，個人資料正確性有爭議者，得向本公司請求停止處理或利用您的個人資料。惟依該項但書規定，本公司因執行業務所必須並註明其爭議或經您書面同意者，不在此限。
 - (5) 依個資法第十一條第三項規定，個人資料蒐集之特定目的消失或期限屆滿時，得向本公司請求刪除、停止處理或利用您的個人資料。惟依該項但書規定，本公司因執行業務所必須或經您書面同意者，不在此限。
7. 您如欲行使上述個資法第三條規定之各項權利，有關如何行使之方式，得向本公司客服 0800-099-850 或(02)8170-5156 詢問或於本公司網站(網址：www.taiwanlife.com)查詢。
8. 您得自由選擇是否提供相關個人資料及類別，惟您所拒絕提供之個人資料及類別，如果是辦理業務審核或作業所需之資料，本公司可能延後或無法進行必要之業務審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供您相關或較佳之服務。