

遠雄人壽保險事業股份有限公司 傳統型個人人壽保險契約審閱期間確認聲明書

一、本人(即要保人)因投保 貴公司人壽保險(請以(V)方式確認投保之險種)

主約	<input type="checkbox"/> 新終身壽險(98)	<input type="checkbox"/> 新薔薇女性終身保險	<input type="checkbox"/> 富貴年年終身還本保險
	<input type="checkbox"/> 雄安心終身保險	<input type="checkbox"/> 醫療保本養老保險(103)	<input type="checkbox"/> 富貴久久終身還本保險
	<input type="checkbox"/> 金美滿終身壽險	<input type="checkbox"/> 新定期壽險	<input type="checkbox"/> 富貴高昇終身還本保險
	<input type="checkbox"/> 美滿增值增額終身壽險	<input type="checkbox"/> 千禧一年期定期壽險	<input type="checkbox"/> 富貴 62 旺終身還本保險
	<input type="checkbox"/> 美滿致富 2 增額終身壽險	<input type="checkbox"/> 真心呵護防癌保本終身保險	<input type="checkbox"/> 富貴 67 旺終身還本保險
	<input type="checkbox"/> 金保本終身壽險	<input type="checkbox"/> 守護久久醫療終身保險(103)	<input type="checkbox"/> 新雄多利終身保險甲型
	<input type="checkbox"/> 保費分階終身壽險	<input type="checkbox"/> 永安手術醫療終身保險	<input type="checkbox"/> 新雄多利終身保險乙型
	<input type="checkbox"/> 金得意保險	<input type="checkbox"/> 富貴一生美元終身還本保險	<input type="checkbox"/> 新長青 101 還本終身壽險
	<input type="checkbox"/> 平安得意保本終身保險	<input type="checkbox"/> 平安超得意保本終身保險(103)	<input type="checkbox"/> 守護醫級棒醫療保本終身保險(103)
	<input type="checkbox"/> 好利鑽澳幣養老保險	<input type="checkbox"/> 美滿鉅富美元增額終身壽險	<input type="checkbox"/> 人民幣定期保險
			<input type="checkbox"/>
附約	<input type="checkbox"/> 新定期壽險附約	<input type="checkbox"/> 特定傷病終身壽險附約	<input type="checkbox"/> 雄好心殘廢照護終身保險附約
	<input type="checkbox"/> 豁免保險費附約	<input type="checkbox"/> 健康久久手術醫療終身保險附約	

未列於上表者，請填寫完整商品名稱於下：

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

，經 業務人員親送 傳真 郵寄 網路 電子郵件(可複選)之方式取得保險契約條款樣張。

二、本人就上述傳統型個人人壽保險契約條款樣張之審閱期間聲明如下(請擇一勾選)：

本契約條款樣張已於民國_____年_____月_____日提供本人開始審閱。

[註：上述日期須早於要保書(契約內容變更)申請日期，且符合審閱期間規範。]

範例：取得保單條款日假設為T日，審閱期間規範至少為3日，則生效日應為T+4日或以後。

其他：_____

此 致

遠雄人壽保險事業股份有限公司

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ (與要保人關係：_____)

說明：1. 未滿七足歲者，由法定代理人代為簽名；七足歲(含)以上者，請由本人親自簽名。
2. 未滿二十足歲者，需其法定代理人親自簽名同意。
3. 依『人身保險業辦理傳統型個人人壽保險契約審閱期間自律規範』第五條規範，業務員不得以誤導或勸誘方式使要保人放棄行使契約審閱期間之權利；敬請要保人親自確認，以保障權益。

上述審閱期間確認聲明書，係經要保人親自確認及簽名無誤，特此聲明。

業務員親簽 _____ 單位/代號 _____

業務員親簽 _____ 單位/代號 _____

直屬主管簽章 或
保經/保代簽署人章





親愛的要保人您好，

感謝您投保本公司保險商品，為鑑別客戶保險商品適合度及維護您的投保權益，請您就以下事項進行確認：

客戶投保權益詢問事項		是	否
一 共同問項：			
1.	業務同仁於銷售時，是否出示合格登錄證？並向您解說本保單所繳交之保險費係用以購買保險商品，且保險費支出是在您可負擔的經濟範圍內（含本次及未來分期需繳交的保險費）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	業務同仁向您解說本保單內容（含保險種類、保險金額、給付項目、除外責任及保險費支出等），您是否已充分瞭解保單內容且與您的投保目的與實際需求相當？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	業務同仁是否有核對您與被保險人、法定代理人之個人身分證證明文件，並確認其身分、關係及地址與要保書填寫內容正確無誤？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	本次投保填寫之要保書及各項書面文件，確實係由您與被保險人、法定代理人（未成年者須有法定代理人親簽確認）分別親簽同意投保，且受益人之指定確實已經被保險人同意。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
二 配合「外國帳戶稅收遵從法」(FATCA)之法案，故投保【符合(FATCA)法案之商品】者，請加填本問項：			
1.	請問您是否具美國公民或稅務居民身分？（若是，則請提供「W-9表格」及有效的「申報同意書」。） （若要保人為法人時，請加填 FATCA 實體身分辨識問卷。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>註 1. 美國公民或稅務居民係指具有美國國籍者(持有美國護照)、持有綠卡者，或當年度入境美國並停留超過 183 天，或者當年度入境並在美國待超過 31 天，同時滿足所謂的「前 3 年審核期」的計算超過 183 天。 2. 若爾後有任何 FATCA 法案之身分別變更情事時，請於變更後 30 日內通知遠雄人壽。</small>			
三 投保【以外幣收付之保險商品】時，請加填本問項：（尚未購買此商品仍勾選時，其勾選不生效力）			
1.	您已確實瞭解購買本外幣商品須自行承受匯率風險，且自身可承受本外幣商品之匯率風險。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
四 投保【投資型保險商品】時，請加填本問項：（尚未購買此商品仍勾選時，其勾選不生效力）			
1.	您已瞭解自身投資屬性、風險承受能力，且充分瞭解投資損益及匯率風險係由您自行承擔。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	您已確實瞭解購買本投資型保險之商品內容及各項費用與收取方式（如保費費用、保險成本、贖回費用等），且本商品符合您自身財力狀況及實際需求。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
五 投保【利率變動型保險商品 / 萬能保險商品】時，請加填本問項：（尚未購買此商品仍勾選時，其勾選不生效力）			
1.	您已確實瞭解購買本利率變動型 / 萬能保險商品之「宣告利率」會隨保險公司定期宣告而改變，本公司不負最低宣告利率保證的責任。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上述各詢問事項內容，本人（即要保人）均已充分瞭解並親自確認無誤。			
要保人親簽：_____		法定代理人親簽：_____	
被保險人親簽：_____		（與要保人/被保險人關係：_____）	
<small>未滿七歲者，由法定代理人代為簽名 七歲歲(含)以上未滿二十歲者，由本人及法定代理人簽名</small>		<small>（要保人/被保險人未滿二十歲時，需其法定代理人親簽確認）</small>	
		日期：民國_____年_____月_____日	
		【103.06.16 版】	

履行個人資料保護法告知義務內容【以下為個資保護法告知內容，供參閱】

遠雄人壽保險專業股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項及第九條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

(一)「○一○人身保險」、「○二○外匯業務」、「○三○存款與匯款」、「○四○行銷，如本公司相關保險產品之介紹與說明」、「○五○法院審判業務」、「○六○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」、「○七○金融爭議處理」、「○八○金融監督、管理與檢查」、「○九○三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」、「○一〇○六保險監理」、「○一一○七信用卡、現金卡、轉帳卡或電子票證業務」、「○一二○九契約、類似契約或其他法律關係事務」、「○一三○八五旅外國人急難救助」、「○一四○九○消費者、客戶管理與服務」、「○一五○九一消費者保護」、「○一六○九五財稅行政」、「○一七○一二票據交換業務」、「○一八○三六資(通)訊與資料庫管理」、「○一九○三七資通安全與管理」、「○二〇○三五資(通)訊服務」、「○二一○五一審計、監察調查及其他監察業務」、「○二二○五七調查、統計與研究分析」、「○二三○七其他自然人基於正當性目的所進行個人資料之蒐集處理及利用」、「○二四○七七其他金融管理業務」、「○二五○一八其他經營合於營業登記目或組織章程所定之業務」及「○二六○一八二其他諮詢與顧問服務」等合理關連之特定目的。

(二)其他法令許可之事由或目的。

二、蒐集之個人資料類別：

以 台端與本公司往來之業務及契約書、授權書及申請書等所列必要個人資料類別為限，如「C〇〇一辨識個人者」、「C〇〇二辨識財務」、「C〇〇三政府資料中之辨識者」、「C〇一一人描述」、「C〇一一人健康紀錄」等。(註)

三、個人資料之來源

(一)要保人 (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。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：

(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
(二)對象：本公司、本公司國內外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防制中心、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、通匯行、業務委外機構、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者、本公司合作推廣或共同行銷之公司、與本公司有再保業務往來之再保險公司、依法有調查權機關或金融監理單位。但基於法令規定或為履行契約之緣故，則不在此限。
(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。

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：台端得至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線(0800-083-083)行使權利。

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 台端相關服務或給付。

註：蒐集之「特定目的」及「個人資料類別」的代號及項目係參照法務部公告之「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別(101.10.1生效)」，代號及項目名稱變更者，隨同變更。

【102.04.25 版】

※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單條款，消費者務必詳加閱讀瞭解，並把握保單契約撤銷之時效（收到保單翌日起算十日內）。
 ※健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時（除保險契約已使用脫退率計價者外），不論保險契約是否已領有任何一種保險金，本公司應主動給付解約金或還退未到期保險費給要保人，但保險契約有解約金者，需以解約金方式給付。
 ※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。
 ※有關各保險商品部分年齡可能發生累積所繳保險費扣除已領生存保險金給付後之金額超出身故保險金給付之情形，請參閱各險之保險單條款。
 ※人壽保險之死亡給付及年金保險之確定年金給付於被保險人死亡後給付於指定受益人者，依保險法第一百二十二條規定不得作為被保險人之遺產，惟如涉有規避遺產稅等稅捐情事者，稽徵機關仍得依據有關稅法規定或稅捐稽徵法第十二條之一所定實質課稅原則辦理。
 ※若欲查閱公司資訊公開說明文件請至本公司網站：www.fglife.com.tw；消費者亦可親至本公司總公司或分支機構查閱，及索取書面資訊公開說明文件。
 ※遠雄人壽免費服務電話：0800-083-083 有體檢件 無體檢件 個人件 集彙件 送金單號碼：

條碼區

一、要保人基本資料：【要保人同被保險人（免填 二、被保險人基本資料）】

要保人姓名	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話	公〔 〕- 宅〔 〕- 行動電話：
出生日期	民國 年 月 日 歲	E-mail	本公司依您所填 E-mail 提供相關電子單據服務，其項目可至本公司網站查閱；如未填寫者，則以書面通知。
身分證字號			
國籍	<input type="checkbox"/> 1. 中華民國 *若為多重國籍者，請同時填寫其他國籍名稱。 <input type="checkbox"/> 2. 其他：_____		@
住所	□□□□□		
收費地址	<input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 其他如右：□□□□□		

二、被保險人基本資料：

【要保人之 配偶 子女 父母 其他 _____】

被保險人姓名	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	民國 年 月 日 歲
身分證字號	
國籍	<input type="checkbox"/> 1. 中華民國 *若為多重國籍者，請同時填寫其他國籍名稱。 <input type="checkbox"/> 2. 其他：_____
電話	公〔 〕- 宅〔 〕- 行動電話：
住所	□□□□□

四、其它資料：

繳別	<input type="checkbox"/> 1. 月繳(M) (月繳者，首期須繳足 2 個月) <input type="checkbox"/> 2. 季繳(Q) <input type="checkbox"/> 3. 半年繳(S) <input type="checkbox"/> 4. 年繳(A) <input type="checkbox"/> 5. 躉繳
續期繳法	<input type="checkbox"/> 1. 自動轉帳(ET) <input type="checkbox"/> 2. 郵政劃撥(MD) <input type="checkbox"/> 3. 信用卡(CD) <input type="checkbox"/> 4. 到府收費(IN) (若投保一年期壽險商品續保者，請同時勾選續期繳法)
是否同意自動墊繳保費	<input type="checkbox"/> 是 *要保人同意本保險單主約及附約(含以後附加之附約)之全部保單價值準備金，本公司得用以墊繳本保險單主約及附約(含以後附加之附約)之保險費及利息。保險費之墊繳方式，以墊繳當時已約定之繳費別為準；但保單價值準備金餘額不足墊繳一期保險費時，按日墊繳，不足一日以一日計。 *自動墊繳保險費的利息，自寬限期間終了之翌日起，按當時本公司公告的保單借款利率計算，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。 <input type="checkbox"/> 否
增值回饋分享金	*購買險種有「增值回饋分享金」者，請填此欄。 *增值回饋分享金之給付方式或現金給付週期之選擇，若未選擇者則以契約條款約定辦理。 <input type="checkbox"/> 1. 儲存生息 <input type="checkbox"/> 2. 現金給付(請填下列匯款帳戶) 現金給付週期： <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 半年 <input type="checkbox"/> 季 <input type="checkbox"/> 月 增值回饋分享金帳戶(*帳號如有變更，請通知本公司) (限要保人本人帳戶，若未填寫或填寫不完整，則以支票方式給付。) 戶名：_____ 銀行名稱：_____ 分行名稱：_____ 存款帳號：_____

三、投保史及身心障礙資料：

投保史	被保險人(含家屬附約)是否已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(請勾選)。 (一) 實支實付型傷害醫療保險..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (二) 實支實付型醫療保險..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若勾是，請說明：_____
身心障礙手冊或身心障礙證明	被保險人(含家屬附約)是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明?..... <input type="checkbox"/> 是(請提供手冊或證明) <input type="checkbox"/> 否

五、受益人：

滿期/生存/祝壽保險金	姓名 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位(請加註序號)	與被保險人關係	身分證字號 (受益人與要保人非同一人時須填寫)	戶籍地址 (受益人與要保人非同一人時須填寫)	滿期/生存/祝壽保險金帳號
					銀行名稱： 分行名稱： 存款帳號：
					銀行名稱： 分行名稱： 存款帳號：
身故或喪葬費用保險金	主被保險人 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位(請加註序號)		家屬附約 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位(請加註序號)		
	姓名	與被保險人關係	身分證字號 (受益人與要保人非同一人時須填寫)	姓名	與被保險人關係

註 1. 醫療保險金受益人為被保險人本人。
 2. 滿期/生存/祝壽保險金受益人，如未指定則為要保人本人。
 3. 指定被保險人之法定繼承人為受益人者，其順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。
 4. 受益人有兩人以上時，依序號決定受益順位，未記載序號時，視為同一順位，其保險金給付方式為均分。
 5. 受益人如非被保險人之配偶、子女等直系親屬或法定繼承人，請說明指定原因。

流水序號：



六、投保險種：

主被保險人要保事項	保單號碼		A主約	請填寫主約險種名稱/代號		B主約	請填寫主約險種名稱/代號	
	險種名稱/代號 (險種代號可由業務員填寫)			年期	元/單位		年期	元/單位
	年期	元/單位		年期	元/單位		年期	元/單位
長年期附約	新定期壽險附約	QA	年期	萬元	年期	萬元	年期	萬元
	特定傷病終身壽險附約	QB	年期	萬元	年期	萬元	年期	萬元
	永康特定傷病終身健康保險附約	HN	年期	萬元	年期	萬元	年期	萬元
	雄享福全殘扶助終身健康保險附約	HD	年期	萬元	年期	萬元	年期	萬元
	雄好心殘廢照護終身保險附約	HQ	年期	萬元	年期	萬元	年期	萬元
	雄健康手術醫療終身健康保險附約	HH	年期	單位	年期	單位	年期	單位
	健康久久手術醫療終身保險附約	HL	年期	元	年期	元	年期	元
	雄溫情終身醫療健康保險附約(103)	HI	年期	元	年期	元	年期	元
	新溫馨終身醫療健康保險附約(103)	HJ	年期	元	年期	元	年期	元
新癌症終身健康保險附約(99)	HG	年期	單位	年期	單位	年期	單位	
一年期附約	超級新人生傷害保險附約	XHG		萬元		萬元		萬元
	傷害保險附約	RHA		萬元		萬元		萬元
	傷害醫療保險附約乙型	MRB		萬元		萬元		萬元
	實支實付傷害醫療保險金附加條款	MRC		萬元		萬元		萬元
	雄安康醫療日額給付傷害保險附約	RHG		元		元		元
	一年定期癌症健康保險附約	XCD		單位		單位		單位
	住院醫療日額(103)	RHN		元		元		元
	綜合住院醫療日額(103)	RHO		元		元		元
	真安心醫療保險附約(103)	RSL		計劃		計劃		計劃
	好安心住院醫療健康保險附約(103)	RSM		計劃		計劃		計劃
附加要保人豁免保險費附約	豁免保險費附約	HA	年期	元	年期	元	年期	元
	金安心豁免保險費附約	HB	年期	元	年期	元	年期	元
	金好心豁免保險費附約	HF	年期	元	年期	元	年期	元
家屬附約要保事項	請勾選欲附加之主約代號(限選擇一項)		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
	與主被保險人關係		配偶	子女	子女	子女	子女	子女
	姓名							
	身分證字號							
	出生日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	身高 / 體重		公分 / 公斤	公分 / 公斤	公分 / 公斤	公分 / 公斤	公分 / 公斤	公分 / 公斤
	詳細工作內容 / 職等							
附約	傷害保險附約	RHA	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	
	傷害醫療保險附約乙型	MRB	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	
	實支實付傷害醫療保險金附加條款	MRC	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	
	雄安康醫療日額給付傷害保險附約	RHG	元	元	元	元	元	
	新溫馨終身醫療健康保險附約(103)	HJ	年期 元	—	—	—	—	
真安心醫療保險附約(103)	RSL	計劃	計劃	計劃	計劃	計劃		

七、聲明事項：

- 本人(被保險人)同意遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)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。
- 本人(被保險人、要保人)同意遠雄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。
- 本人(被保險人、要保人)同意遠雄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。
- 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遠雄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遠雄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，而遠雄人壽仍承保者，遠雄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遠雄人壽者，同意遠雄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遠雄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遠雄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，而遠雄人壽仍承保者，遠雄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遠雄人壽者，同意遠雄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，但遠雄人壽應以「日額」方式給付。
- 具有保費調整機制之健康險適用：

本人(要保人)已知悉並明瞭該條款中所載續期保費的調整係指遠雄人壽依實際經驗損失率達到調整保費之標準時，本公司依條款約定調整該商品之保險費率，每次調整後之新費率以不超過原費率的百分之二十為限；新費率之調整於下一保單年度始日之二個月前以書面通知要保人，並自下一保單年度起採用新費率計收保險費，但不得針對被保險人身體狀況調整之。如要保人不同意新費率，應於下一保單年度始日之一個月前，以書面通知遠雄人壽，本險之住院醫療保險金日額於下一保單年度始日零時調整為新費率所對應之住院醫療保險金日額。

要保人及被保險人對於告知事項詢問，應據實說明，並親自填寫清楚，如有故意隱匿、過失遺漏或不實之說明，依保險法第六十四條規定，本公司得解除契約。保險事故發生後亦同。

(本欄由業務員填寫)
 職業代碼： 職業類別：
 第 類

八、被保險人告知事項：

服務單位	營業內容	職位	詳細工作內容	兼(副)業
<p>※健康告知 是否</p> <p>一、被保險人目前身高 <input type="text"/> 公分、體重 <input type="text"/> 公斤。</p> <p>二、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？ <input type="checkbox"/></p> <p>三、最近二個月是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？ <input type="checkbox"/></p> <p>四、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？ <input type="checkbox"/></p> <p>1. 高血壓症(指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌病變、不整脈、頻脈(100 次以上/分鐘)、徐脈(45 次以下/分鐘)、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、心房室中隔缺損、僧帽瓣狹窄或閉鎖不全、主動脈瓣狹窄或閉鎖不全、主動脈或肺動脈狹窄、法洛氏四重症、開放性動脈導管？2. 腦中風、腦出血、暫時性腦缺血、腦栓塞、腦梗塞、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈血管畸形、多發性硬化症、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、脊椎病變、精神疾病？3. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核、慢性阻塞性肺病？4. 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT、膽紅素、鹼性磷酸酶、a-FP、r-GT 異於檢驗標準值者)？5. 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊腫、腎結石、尿路結石、視網膜出血或剝離、視神經病變？6. 癌症(惡性腫瘤)？7. 血友病、白血病、貧血、紫斑症、紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原？8. 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？</p> <p>五、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？ <input type="checkbox"/></p> <p>1. 眩暈症、腦震盪、肢體性麻痺、青光眼、白內障、痛風、高血脂症、酒精或藥物濫用成癮？2. 肝脾腫大、肝膿瘍、肝炎病毒帶原、黃疸、膽結石、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、便血、腸阻塞？3. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞、氣胸、肋膜炎、咳血、白血球增生、淋巴腺腫大、甲狀腺腫大？4. 口腔白斑或纖維化或潰瘍、不明皮膚色素沈澱、體重減輕超過10%以上？</p> <p>六、目前身體機能是否失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？ <input type="checkbox"/></p> <p>七、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ <input type="checkbox"/></p> <p>八、過去二年內是否曾被診斷有口腔黏膜下纖維化症、口腔黏膜(紅)白斑症、疣狀增生及口腔潰瘍、口內或頸部腫塊？ <input type="checkbox"/></p>				
<p>※女性健告 是否</p> <p>九、1. 過去一年內曾有乳腺炎、乳漏症、骨盆腔炎、子宮內膜異位症、子宮頸炎、子宮頸抹片檢查異常、陰道異常出血，而接受醫師治療、診療或用藥？ <input type="checkbox"/></p> <p>2. 若有懷孕者，目前已確知 <input type="text"/> 週；懷孕期有無異常現象？(無身孕者本項免填) <input type="checkbox"/></p>				
<p>※投保健康險主、附約者，請填寫一至十項 <input type="checkbox"/></p> <p>十、過去一年內是否曾診斷患有下列疾病？ <input type="checkbox"/></p> <p>腦性麻痺、腦炎、腦膜炎、震顫、神經麻痺、白內障、青光眼、中耳炎、梅尼爾氏症、耳性眩暈症、重聽、胸廓畸形、疝氣、椎間板突出、胸膜炎、腹水腫、下肢水腫、靜脈炎、靜脈曲張、浮腫、息肉、各種腫瘤、胃炎、尿道炎、中樞神經機能障礙、吸食或注射鎮靜劑或安眠藥或安非他命、酒精或藥物中毒、淋病、梅毒、蠶豆症、舞蹈症、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、關節炎、前列腺肥大或發炎、蜂窩組織炎、神經炎。</p>				
<p>※投保傷害險附約者，請填寫一至九及十一、十二項 <input type="checkbox"/></p> <p>十一、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？ <input type="checkbox"/></p> <p>1. 高血壓症(指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 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)、精神疾病、巴金森氏症、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病、酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、視網膜出血或剝離、視神經病變？</p> <p>十二、目前身體機能是否有下列障害？ <input type="checkbox"/></p> <p>1. 失明。2. 是否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○·三以下。3. 聾。4. 是否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五十分貝(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。</p>				
<p>※附加家屬附約者填寫 <input type="checkbox"/></p> <p>十三、家屬附約被保險人是否有上述二至十二項各欄告知情形(女性含第九項)？ <input type="checkbox"/></p>				
<p>※附加要保人豁免保費附約者填寫 <input type="checkbox"/></p> <p>十四、是否有上述二至十二項各欄告知情形(女性含第九項)？ <input type="checkbox"/></p> <p>要保人身高：<input type="text"/> 公分，體重：<input type="text"/> 公斤， 詳細工作內容 <input type="text"/></p>				

上述第一至十四項問題中，如有告知為「是」者，請於下方表格詳細說明

A、症狀病名，就診或檢驗及住院大約期間	B、醫院名稱 (有地址、病歷號碼者加註)	C、治療及結果
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

九、其它事項：

一、要保書交付要保人填寫時，已將保單條款樣本(影本)交付要保人簽收，供其審閱？(並應提供投保須知、要保書填寫說明供其參考) 是

二、業務員已清楚向要、被保險人說明『履行個人資料保護法告知義務內容』之相關權利？ 是

十、簽名欄：

要保人暨被保險人簽名欄	附加家屬附約之被保險人簽名欄	業務員簽名欄
要保人親簽： <input type="text"/> 被保險人親簽： <input type="text"/> <small>未滿七足歲者，由法定代理人代為簽名 七足歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名</small> 法定代理人親簽： <input type="text"/> <small>(要保人/被保險人未滿二十歲時，需其法定代理人親簽確認)</small> 與要保人/被保險人關係： <input type="text"/>	被保險人配偶親簽： <input type="text"/> 被保險人子女親簽： <input type="text"/> 日期： <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	業務員親簽： <input type="text"/> 登錄證號碼： <input type="text"/> 單位/代號： <input type="text"/> 直屬主管簽章或保經/保代簽署人章 <input type="text"/> 業務助理受理章 <input type="text"/>

招攬經過

一、保單投保目的及需求：保障 退休規劃 子女教育 儲蓄 其他_____（*不得僅以理財、節稅作為招攬之主要訴求）

二、業務員與被保險人之關係：血親或親戚（關係_____）朋友（認識_____年）
在行銷前互不認識 其他_____

三、要保人（被保險人）是否為主動要求投保？否 是，其來源為 網路 0800轉介紹 其他_____

財務狀況

一、要保人、被保險人、家庭財務狀況說明：

身分	年收入	其他收入	資產	負債
要保人	萬元	萬元	萬元	萬元
被保險人	萬元	萬元	萬元	萬元
家庭	萬元	萬元	萬元	萬元

說明：1. 年收入：薪資及紅利獎金；其他收入：利息、房租、投資等。
 2. 若要保人/被保險人已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方工作年收入總和。（請敘明配偶之工作內容：_____）
 3. 若要保人/被保險人為未成年人/學生者，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人工作年收入總和。（請敘明父母或法定代理人工作內容：_____）

二、若年繳保費（含同業）總計超過家庭年收入30%者，請說明規劃原因：_____及保費來源：工作收入 投資收入 退休金 財產繼承 其他_____

三、未滿二十歲之被保險人，務必填寫下表說明：

身分	是否已投保(含同業)	壽險保額	傷害險保額
父親	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	萬元	萬元
母親	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	萬元	萬元
法定代理人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	萬元	萬元

說明：1. 父親、母親或法定代理人已投保(含同業)者，請告知其壽險、傷害險保額。
 2. 若法定代理人非父母者，請務必填寫左欄法定代理人之投保說明。

四、家中主要經濟來源者：要保人 被保險人 法定代理人 配偶 其他：_____（可複選）

五、投資狀況(連結結構型商品之保單，請務必填寫)
 要保人或被保險人是否有投資股票、基金、債券、期貨、選擇權、連結結構型投資商品或其他衍生性金融商品等任一經驗：
否 是，其期間已達 三個月內 三個月以上

其他有利於核保之資訊

一、被保險人是否有任何既往病史或四肢五官有缺損、機能障礙情形？
否 是，說明_____

二、被保險人為男性（含要保人豁免及家屬附約被保險人）者，是否服過兵役？ 19歲以下未達服役年齡者免填此項
是 否，說明_____

三、要保人及被保險人是否投保其他商業保險：（倘與壽險公會通報有差異時，本公司將以公會通報為主）

要保人	<input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 是，保險公司名稱：_____ 險種/保額：_____元
被保險人	<input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 是，保險公司名稱：_____ 險種/保額：_____元

四、被保險人其他事項：
 (1)身故受益人是否指定配偶、子女等直系親屬或法定繼承人？
是 否，指定原因為_____（並請填「身故受益人指定確認書」）
 (2)被保險人之職業、嗜好、活動中是否有以下危險性質之項目？
否 是，說明：潛水、滑水、滑雪 滑翔機、跳傘 角力、摔跤 柔道、空手道、跆拳道 馬術、拳擊、特技表演

FATCA 辨識

投保【符合 FATCA 法案之商品】者，請加填本問項：
 一、檢視文件類型：承保申請書/要保書 身份證、駕照、健保卡 護照 授權書 W8-BEN
其他：_____（含留存業務員手邊之所有資料）。
 二、搜尋結果是否具美國指標：不具美國指標 具美國指標之第_____項
 (美國指標：1 美國公民或居留權 2 美國出生地 3 美國居住及郵寄地址 4 美國電話 5 常行指示匯款到美國帳戶 6 受託人具有美國地址 7 只留有轉信或代收郵寄地址)
 三、業務人員知悉客戶為美國人士？是 否

業務同仁說明事項

一、招攬時若有其他異常狀況之發現，請補述說明：_____

二、本人收訖要保人以下列繳費方式預繳首期保險費，費用合計_____元整。
 繳費方式請於下列方格處選擇一勾選(V)

<input type="checkbox"/> 先送審件(尚未繳費)	<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 信用卡(請檢附「信用卡授權書」)
<input type="checkbox"/> 銀行匯款單	<input type="checkbox"/> 郵撥單	<input type="checkbox"/> 自動轉帳(請檢附「授權書」)
<input type="checkbox"/> 現金5萬(含)以下(由業務員代為匯款)		

三、如有電訪需求時，請問要保人之合適電訪時間為：（請填早上9:00~下午5:30時段）
 早上：_____點~_____點，下午：_____點~_____點

四、業務員聲明事項：
 1.本人已確實告知要保人本保險為不分紅保險單，不参加紅利分配，並無紅利給付項目
 2.本人已核對要保人、被保險人、法定代理人之個人身分證明文件，並確認其身分、職業及地址與要保書填寫內容正確無誤
 3.本人已充分瞭解要保人及被保險人以下事項，符合「保險業招攬及核保理賠辦法」第六條相關規範。
 * 要保人及被保險人之基本資料(至少應包含姓名、性別、出生年月日、身分證字號及聯絡方式；若為法人者，為法人之名稱、代表人、地址、聯絡電話)。
 * 要保人及被保險人符合投保之條件。
 * 要保人及被保險人之投保目的及需求。
 * 要保人對投保險種、保險金額及保險費支出與其實際需求具相當性。
 * 要保人已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買保險商品。
 4.本人已確認要保人、被保險人及受益人之身分與關係，且受益人之指定確實已經被保險人同意
 5.本人於招攬時，確實親視要保人、被保險人、法定代理人個別親簽要保書及各項書面文件
 6.本要保書及健康告知之各項詢問事項，確經本人親自向要保人、被保險人詳實說明亦充分瞭解評估客戶之保險需求及確認保單適合度、保險費、保險金額與保障需求間之適合性
 本人已盡誠實填寫業務員報告書之義務，就以上事項如有虛偽、隱匿情事致遠雄人壽遭受損害時，本人願負賠償責任，特此聲明。

業務員親簽_____ 登錄證號碼_____ 單位/代號_____ (行動電話：_____)

業務員親簽_____ 登錄證號碼_____ 單位/代號_____ (行動電話：_____)

【註：執業之保險經紀人或保險代理人為業務招攬時，請於業務員欄簽名。】

本件報備方式：

電話：0800-083-083
 (受理時間為 8:30~21:00 專人服務)

語音：0800-083-083
 (受理時間為下班後)

傳真：總公司：(02)2345-0806
 台中分公司：(04)2329-5556
 高雄分公司：(07) 535-4066

網路 <http://www.fglife.com.tw>

報備時間：
 _____年_____月_____日_____時_____分

※業務員未依報備相關規定報備、報備不全或未為報備，以致無法確定保險契約效力時，應由業務員自行負擔保險責任，若因而發生理賠糾紛時，依業務品質管制辦法議處。

直屬主管簽章 或 保經/保代簽署人章	業務助理 受理章
--------------------	----------

人壽保險投保人須知

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；或契約訂立後經二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約」。

(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、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到達翌日起、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。為知道您投保的內容，及維護您的權益，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：要保人於保險單送達的翌日起算十日內，得以書面檢同保險單親自或掛號郵寄保險公司撤銷保險契約。

前述撤銷之效力自要保人親自送達時起或郵寄郵戳當日零時起生效，保險契約自始無效，保險公司並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，保險公司仍應負保險責任。

九、被保險人為未滿十五歲之未成年人，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歲之日起發生效力；被保險人滿十五歲前死亡者，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：

(一)未經我國法令許可之保險業在國內所銷售之保險契約。

(二)國內壽險業之國外(總)分支機構在國外銷售之保險契約。

(三)保險商品之專設帳簿部分。

(四)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出申訴，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。

要保書填寫說明

一、「業務員登錄證」？

業務員登錄證係業務員所屬之保險公司依財政部公佈之「保險業務員管理規則」核發，為具有招攬保險之資格證件，業務員招攬保險時，應出示登錄證，並詳細告知授權範圍。

二、什麼是要保書？

要保書是指要保人向保險公司申請投保時所填寫的書面文件。主要內容包括：要保人與被保險人之姓名、出生年月日、職業、地址、電話、身分證字號；受益人姓名；要保事項；要保人、被保險人告知及聲明事項、要保人與被保險人簽章等。

三、誰來填寫要保書？

要保書應由要保人及被保險人本人就有關內容親自填寫並簽章，未經契約當事人同意或授權，保險經紀人、代理人及業務員均不得代填寫或簽章。若要保人或被保險人為未成年人，需經其法定代理人的同意，並於要保書上簽章。

四、什麼是「要保人」？

要保人是指對保險標的具有保險利益，向保險人申請訂立保險契約，並負有交付保險費義務之人，其權利及義務為：

(一)權利：1. 指定各類保險金之受益人。

2. 申請契約變更。

3. 申請保單貸款。

4. 終止契約。

(二)義務：1. 繳納保險費。

2. 被保險人職業或職務變更及保險事故發生之通知。

3. 告知義務。

五、什麼是「被保險人」？

所謂被保險人，指保險事故發生時，遭受損害，享有賠償請求權之人。

另依保險法第一百零七條規定，以十五歲以下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歲之日起發生效力；被保險人滿十五歲前死亡者，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。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之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。

六、「要保人」與「被保險人」之間必須有什麼關係？

要保人對於被保險人須有保險利益，才可以訂立保險契約，而依保險法第十六條之規定，要保人對於下列各人之生命或身體，有保險利益。

(一) 本人或其家屬。

(二) 生活費或教育費所仰給之人。

(三) 債務人。

(四) 為本人管理財產或利益之人。

七、什麼是「受益人」？

(一) 所謂「受益人」係指被保險人或要保人約定享有賠償請求權之人。

(二) 受益人通常除有請求保險金之權利外，並可基於利害關係人之身分代繳保險費。

(三) 受益人之義務則應於知悉保險事故發生後通知保險公司。

八、受益人怎麼指定？

受益人由要保人指定，人數無限制，中途得以變更，次數亦無限制。

九、要保書上要填寫什麼「地址」？有何重要性？

要保書上要填寫的「地址」係指要保書上指定保險公司收取續期保險費及相關文件的寄送地址。地址如有變更，應立即通知保險公司，如未通知或地址填寫不正確，以致保險公司無法收取保險費，保單過了寬限期，保險效力即終止。

十、要保書上的「年齡」如何計算？

被保險人的投保年齡，以足歲計算，但未滿一歲的零數超過六個月的加算一歲，要保人在申請投保時，應將被保險人的真實出生年月日，在要保書填明。

十一、什麼是「主契約」或「主約」？

要保人可向保險公司單獨購買之保險商品，該商品通稱為主契約或主約。

十二、什麼是「附加契約」或「附約」？

附加契約係指附加在主契約，用以保障特定事故的保險商品，一般稱「附約」。「附約」是不單獨販賣的。

十三、保險費繳付的方式有幾種？

保險費之交付方式，分一次交付及分期交付二種。採用一次交付方式繳交總保費者為「躉繳」；而採用分期交付方式者分年繳、半年繳、季繳、月繳，保戶可視個人之經濟狀況及需要作選擇，事後仍可申請變更。

十四、什麼是「保單紅利」？領取的方式有哪些？

(一) 保單紅利：

保險公司依各項預定率向保戶收取的金額與實際支付金額的差額產生盈餘時，將盈餘依保險種類、保險經過期間、保險金額等計算返還保戶，謂之「保單紅利」。

(二) 保單紅利領取方式：原則上有下列四種，可自行選取。

1. 現金給付：以現金支付保單紅利。

2. 抵繳保費：以保單紅利扣抵保險費。

3. 儲存生息：將保單紅利積存至契約終止為止，或保戶有請求時支付。依財政部核定之紅利分配利率（加權平均）以複利計息。

4. 增加保險金額：將保單紅利移做增購保險契約，以增加保險金額。

十五、什麼是「保險費自動墊繳」？

依保單條款規定，要保人若未依規定繳納保險費時，保險公司在取得要保人同意後，得以該保險單所有之現金價值墊繳應繳保險費的制度，即為保險費自動墊繳制度。

十六、什麼是「告知事項」？

告知事項主要為要保書中有關被保險人身體狀況等之詢問事項。應據實說明，如有故意隱匿、或過失遺漏、或為不實之說明，足以變更或減少保險人對危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。

十七、要保書中對健康狀況的告知義務年期或期間（「過去兩年」、「最近兩個月」、「過去五年」等期間）如何認定？

以要保人填寫要保書所載之申請日期起回溯計算兩個月、兩年、五年稱之。

十八、什麼是「健康檢查有異常情形」？

(一) 健康檢查結果異於檢查標準的正常值或參考值者。

(二) 醫師要求或建議作進一步追蹤、檢查或治療者。

十九、什麼是「治療、診療或用藥」？

(一) 治療：針對疾病、傷害等異常現象直接加以手術、用藥或物理治療、心理治療等。

(二) 診療：對於身體狀況有異常之問診、檢查或治療。

(三) 用藥：服用、施打或外敷藥品。

二十、「住院七日以上」怎麼認定？

(一) 自辦理住院手續當日自辦理出院手續當日止。

(二) 前述計算方式，中間如遇有轉院等中斷住院之情形時，需連續計算在內。

二十一、對要保書中告知事項所列疾病名稱有疑問時，該怎麼辦？

(一) 詢問診斷醫師。

(二) 請洽本公司免費服務電話詢問
電話號碼為：(0800) 083-083

二十二、要保書還有什麼附件？

除了要保書本身之外，尚有人壽保險投保人須知、要保書填寫說明及保險單條款樣張或影本等附件，提供給要保人及被保險人於填寫要保書參考。

二十三、什麼時候需要法定代理人簽章？

未滿二十歲者訂立保險契約時，須經其法定代理人簽章同意。但已婚者，不在此限。

附註：本填寫說明僅供填寫參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。