

契約內容變更申請書

新契約承保前變更 保全變更

單位

代碼

業務/收件單位受理蓋章

總/分公司受理單位蓋章



宏泰人壽



2C71

注意事項：

- 一、本申請書內容經宏泰人壽保險股份有限公司同意後即構成原契約之一部分。本公司於辦理完成後，將同意變更之內容印製於「保險單契約內容變更批註書」供保戶存查，並視同已批註於保險單上，爾後契約內容均以變更後為準，本人絕無異議。
 - 二、申請契約內容變更須於各項作業辦理期限內備齊相關文件，並送達總/分公司受理單位。
 - 三、為維護您的權益，請您在第4/4頁簽名確認前，務必詳閱第3/4頁「履行個人資料保護法告知義務內容」及第4/4頁「聲明事項」。
 - 四、如有塗改更正，請要保人於塗改處簽名確認；提醒您請勿於空白申請書上簽名。
 - 五、申請「復效」或「新加保附約」項目者，須於填寫日期當日或次一營業日送達總/分公司受理單位，其餘變更項目可於一個月內送達。
- 【本公司聯絡方式】免費服務專線：0800-068-268；傳真：02-2716-6887；網址：<https://www.hontai.com.tw>；電子信箱：service@hontai.com.tw。

保單號碼	1100000123	填寫日期	107年 9月 14日
------	-------------------	------	-------------

◎請使用深色且不易被擦拭之筆類勾選 欲變更的項目及填寫變更後的內容。

壹、基本資料/職業變更/保險單契約內容變更

1. 要保人變更為(要保人變更後，本保險單上要保人之一切權利義務即由新要保人概括承受，並應取得被保險人同意與簽名。)

姓名： 身分證字號： 出生日期：年月日 其關係為被保險人之：

公司名稱： 職位： 工作性質及內容(含兼職)：

國籍：中華民國 其它 (若為多重國籍者，請填寫全部國籍名稱。)

- A. 變更要保人而未重新約定受益人、住所或收費/通訊地址，視同原要保人約定；但新要保人有投保本公司紀錄者，則其住所地址同最近投保保險單所約定之住所地址為原則。●如非透過業務代表送件辦理者，請檢附新要保人身分證明文件影本。
- B. 原要保人如於保險單中附加豁免保險費附約或申請線上/ATM借款、線上變更及電子化單據服務者，將一併終止該附約或服務。
- C. 新要保人請一併檢具 FATCA 身分確認聲明書及適合度評估表，投資型商品另檢具結匯授權書含同意書及投資風險屬性問卷。

2. 個人資料(姓名、身分證字號、生日或國籍)變更/更正：要保人 被保險人 受益人 法定代理人 ●請檢附變更者證明文件

變更者原姓名： 請勾選變更項目：姓名 身分證字號 生日 國籍 變更後新資料：

3. 簽名樣式變更：要保人 被保險人之姓名： (無法提供原簽名樣式者，請另檢附「簽名樣式確認聲明書」。)

4. 收費/通訊地址變更：本公司依收費/通訊地址寄發各類通知單、送金單、保險單契約內容變更批註書及相關文書之送達地址。
●右方選項若未勾選，則要保人同意全部保險單收費/通訊地址均變更。 同一要保人若有多張保險單時，僅變更本申請書所填之保單號碼。

收費/通訊電話：

5. 要保人住所(戶籍)地址變更：本公司依住所地址寄發催告通知書。●下方選項若未勾選，則同意全部保險單住所地址均變更。

同一要保人若有多張保險單時，僅變更本申請書所填之保單號碼。 住所電話：

手機號碼：

6. 電子信箱(E-mail)： (同一要保人全部保險單均變更)

- 電子化單據服務，要保人同意名下所有保單之各項服務單據以E-mail傳遞。
已填寫電子信箱且同意本公司之各項服務單據以電子郵件傳遞者，請於上面欄位勾選同意。
※以電子郵件寄發之各項單據/通知書，相關說明請參閱本公司網站[保戶服務](網址：<https://www.hontai.com.tw>)。

7. 職業變更：(同一人有效保險單均變更)

要保人/被保險人之 姓名： 公司名稱： 營業類別：

工作性質及內容(含兼職)： 職位： 職業代碼： (由業務員填寫)

請選擇欲變更之保險金項目後，填寫變更後受益人之資料。※受益人變更時，請務必詳填其身分資料內容，並應取得被保險人簽名同意。

保險金項目	變更後受益人姓名	身分證統一編號	出生日期	國籍 若為多重國籍者， 請填寫全部國籍名稱。	其關係為 被保險人之	未指定分配方式視為均分		
						順位	比例	均分
<input type="checkbox"/> 生存/還本保險金								
<input type="checkbox"/> 滿期金 <input type="checkbox"/> 祝壽金								
身故/喪葬費用保險金 ※若欲指定配偶或子女 附約之受益人，請另填 寫被保險人姓名於下。	林宏泰	F111000115	62/12/01	中華民國	配偶		100%	
身故受益人變更 黃春嬌								

身故受益人聯絡地址及電話：(僅連絡用，不與其他保單之資料連動。)

同要保人目前住所 同要保人目前收費/通訊地址 以身分別指定或不同意提供(註) 其他，請填寫以下聯絡資料：

聯絡地址： 住所電話： 手機號碼：

受益人指定對象非為配偶、直系親屬或法定繼承人時，請說明：姓名/指定原因：
身故受益人如指定為法定繼承人者，其順位及應得比例適用民法繼承篇相關規定。契約無該項保險給付項目者，縱為該項目受益人之填寫，亦不生效力。
註：如身故保險金受益人以身分別指定，或要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話者，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。

9. 生存/還本/滿期/祝壽/身故/年金保險金給付方式改為匯款：(限填生存/還本/滿期/祝壽/身故/年金保險金受益人帳戶)

受益人戶名： (若為外幣保險單，請填寫於臺灣地區之外幣存款帳戶英文戶名，匯款相關手續費用負擔將依保單條款約定處理。)

金融機構： 分行/支局： 帳號： (外幣保險單請一併提供外幣帳戶影本)

(本申請書一份4頁皆須印出，敬請填寫並於簽名/章欄處簽署後送達本公司受理。)

若保單原留存要保人、被保險人/受益人資料不完整，請一併填寫變更。

10. 繳別變更為：年繳 半年繳 季繳 月繳
 若為「變額萬能壽險」及「變額年金保險」之保險單，基本保險費及超額保險費或分期保險費將一併異動，請續填：參、投資型/萬能/年金保險變更申請之第3項。
11. 繳費方式變更為：自行繳費（劃撥/便利商店/ATM轉帳繳付屬之）（若選擇金融機構轉帳或信用卡繳費扣款時，請另填寫「保險費付款授權書」辦理。）
12. 自動墊繳保險費：同意 不同意（若不同意自動墊繳保險費，契約將自寬限期間終了翌日起停止效力。）
13. 保險單紅利給付方式變更為：儲存生息 抵繳保費 購買增額繳清保險（選擇購買增額繳清保險須被保險人簽名同意）
現金給付，請續填：貳、保障內容變更申請第6項。
 ※主約為宏泰人壽兒童終身壽險(甲型、乙型、丙型、丁型)JWA-D、宏泰人壽創世紀終身壽險PWL及主約附有宏泰人壽安福利保險附約(甲型、乙型、丙型、丁型)NRA-D或宏泰人壽遞減型定期壽險附約DTR之保險單，紅利給付方式無「購買增額繳清保險」。
14. 增值回饋分享金其給付方式變更為：被保險人於保險年齡十六歲前，其給付方式依保險單條款約定辦理。
 保單年度未滿六年：購買增額繳清保險 抵繳保費(繳費期滿後仍屬有效契約者，以購買增額繳清保險辦理。)
 保單年度第七年起：購買增額繳清保險 抵繳保費 儲存生息 現金給付，請續填：貳、保障內容變更申請第6項。
 宏泰人壽泰鑫利率變動型養老保險(不分紅保單)ISC(依保險單條款約定)：儲存生息 現金給付 購買增額繳清保險
15. 保險單補發：特此聲明原保險單同時作廢，並申請補發(含保險單契約內容變更批註書)。
 請附上工本費用新臺幣100元繳費憑證。(請至郵局劃撥，劃撥帳號：18398265，並註明保單號碼及補發工本費。)

貳、保障內容變更申請

※申請「主約保險契約轉換/保險金額增加」、「新加保附約或增加額度」、「停效已逾六個月復效」及「重新評估批註事項」者，請務必同時簽署第3/4頁之「病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書」及續填第4/4頁之「基本資料」、「被保險人告知事項」。

(1) 保險契約轉換為 _____ 險種。		(2) 繳費年期變更為 _____ 年期。			
1. 主契約變更					
(3) 保險金額/基本保額增加為 _____ 元/萬元/計畫/單位。 請勾選原因 A. <input type="checkbox"/> 猶豫期變更 B. <input type="checkbox"/> 被保險人結婚/生子週年日 <input type="checkbox"/> 滿五週年日 C. <input type="checkbox"/> 變額萬能壽險 ※保險金額增加的原因為B者，須條款約定者適用。若原因為C者，請另填：參、投資型/萬能/年金保險變更申請之第3項。					
減少保險金額 ※提醒您！減少保險金額將可能蒙受損失	(4) <input type="checkbox"/> 保險金額/基本保額 <input type="checkbox"/> 當年度保險金額(條款有約定者方可勾選)降低為 _____ 元/萬元/計畫/單位。				
	(5) <input type="checkbox"/> 累計增加保險金額(適用利率變動型終身壽險商品)降低為 _____ 元/萬元。				
	(6) 提領解約全額(依減少保險金額辦理，並以本公司批註的保險金額為準。)約為 _____ 元/萬元。				
新加保附約依條款約定，若有身故/滿期/祝壽保險金給付者，請填寫本申請書第1/4頁第8項一併指定受益人					
項 目	附約被保險人姓名/關係	身分證統一編號	出生日期	國籍 若為多重國籍者，請填寫全部國籍名稱。	變更後(或終止)附約名稱或險種代碼 年期/保額/計畫/單位
<input checked="" type="checkbox"/> 新加保附約	林宏泰/本人	F111000115	62/12/01	中華民國	本人RPA-100萬增加為200萬
<input checked="" type="checkbox"/> 增加額度為	黃春嬌/配偶	F222999111	85/12/12	中華民國	配偶新加保下列附約 RPA-200萬/MR-5萬/AHI-4計劃
<input type="checkbox"/> 減少額度為					
<input type="checkbox"/> 終止(取消)					

上述主契約或附約變更，如有減少保險金額(部分解約)還貸款項，其給付方式，請續填第0項。

3. 主契約減額繳清保險
4. 主契約展期定期保險
 ※有附加附約者請續勾選右
 勾選視同同意該附約得持
 約該期已繳之保險費期滿
 ※保險單中如有借款、墊繳
 選擇以現金以保單價
 清償保險單借款本息、墊
 本息；如未勾選將依條款
5. 終止主契約(解約)
 ※有附加附約者請續勾選右
 勾選視同同意同時終止所
 ※提醒您，契約提前
 可能蒙受損失。
 投資型商品會因
 淨值或匯率變動
 致預期金額不符。
6. 給付帳戶資訊：保險單
 限以要保人下列帳戶給付，
 ●此次申請項目如為解約()
其他，請說明： _____
- 1、為了確保您的適合度及相關權益，請一併填寫「保戶適合度評估暨權益確認表」。
- 2、申請增加後的保額/單位/計畫，不可高於該險種最高承保額度。
- 3、新加保或增加後之保額/單位/計畫仍要符合該險種之投保規則。
- 4、附加附約的保額/單位/計畫，應與同類型附約合計，並不可超過各附約投保保額/單位/計畫的限制，且契約投保內容須符合新契約投保規定。
- 5、已辦理變更為減額繳清保險、展期定期保險、附約延續之保險單或有任何主、附約險種已達豁免保險費時，恕不接受申請新附加任何附約。
- 6、新加保附約，如該附約有保險金給付，亦請一併指定保險金受益人，請於第8項受益人變更欄位填寫。(例：新加保配偶傷害險附約RPA-200萬，有身故保險金給付，故請一併指定配偶附約之身故保險金受益人。)

後終止。
足時，則
意保險費
保險費付
約辦理。)
選；如不
或已繳費
不符者改
送簡訊)
投保。
退費款項
定處理。)
費性支出
單不適用)。

- 戶名/英文戶名： _____ 金融機構： _____ 分行/支局： _____ 帳號： _____
7. 復效(提醒您：如停效已逾六個月，須一併填寫【基本資料/被保險人告知事項】並於填寫當日寄送至宏泰人壽總/分公司受理單位。)
 ●茲聲明本保單在停效期間確未發生任何保險事故，並同意依保險單條款有關「保險效力的恢復」之約定申請復效，請惠予辦理。
8. 補充說明欄 申請重新評估批註事項(敬請於保單週年日前二個星期提出並檢附可保性證明資料)

網路下載版(本申請書一份4頁皆須印出，敬請填寫並於簽名章欄處簽署後送達本公司受理。)

參、投資型/萬能/年金保險變更申請

- 一、投資型保單辦理各項變更及解約須送達宏泰人壽總公司受理單位... 二、申請部分提領或投資標的轉換... 三、同時申請有關投資標的異動... 四、變更作業順序依交易完成時間... 五、申請單筆額外投資、投資標的轉換或投資標的及其配置比例變更者等...

1. 投資標的及其配置比例變更：係自續期應繳保費日起生效。 (1) ___ % (2) ___ % (3) ___ % (4) ___ % (5) ___ % (6) ___ % (投資配置比例合計應為100%，各投資標的之投資配置比例不得低於10%，且需為5%之倍數。)

2. 投資標的轉換：每次轉出及轉入之投資標的金額不得低於新臺幣5,000元或等值約定外幣... 轉出投資標的名稱 轉出比例(%) 轉入投資標的名稱 轉入配置率(%)

3. 定期定額保險費變更為：NT\$ ___ 元 (基本/目標保險費與超額保險費將一併異動) 4. 保險型態變更：由 ___ 型變更為 ___ 型 (甲型變更為乙型請續填「特種個資同意書」、「基本資料」及「被保險人告知事項」)

5. 約定繳費年期：___ 年，約定繳費金額：___ 元 (限「變額年金保險主約」)

6. 年金累積期間：___ 10年 ___ 15年 ___ 20年 ___ ___ 年 (限「變額年金保險主約」)

7. 年金給付開始日：被保險人保險年齡 ___ 歲之保單週年日 (限「利變型年金保險」、「變額年金保險主約」)

8. 年金給付方式 ___ 一次給付 ___ 分期給付 (請一併勾選「9. 年金保證給付期間」，被保險人生存期間受益人為被保險人本人) ※欲以匯款方式給付請續填：壹、基本資料/職業變更/保險單契約內容變更第9項。(如未指定則以支票給付)

9. 年金保證給付期間 ___ 10年 ___ 15年 ___ 20年 (「利變型年金保險」僅得選擇10年或15年)

10. 減少(年金)保單價值準備金：___ 元/萬元。 ※限利變型年金及萬能保險適用，可能會產生解約費用。部分解約給付方式請續填：貳、保障內容變更申請第6項。

每次提領之保單帳戶價值不得低於新臺幣5,000元或等值約定外幣，且提領後之保單帳戶價值不得低於新臺幣10,000元或等值約定外幣。 ※投保「宏泰人壽樂活人生變額年金保險」附加批註條款者，保證方式為年複利增值：於保證(遞延)期間內辦理部分提領後，將依提領金額佔保單帳戶價值百分比調降約定保險費、本次及之前各次投資保險費；保證方式為鎖利機制：於本次觀察期間內辦理部分提領後，將依提領金額佔保單帳戶價值百分比調降約定保險費、前次保證金額及自本次觀察期間起至部分提領當時累積之各次投資保險費。

投資標的名稱 比例(%) 投資標的名稱 比例(%) 投資標的名稱 比例(%)

本項變更僅限「變額萬能壽險」及特定「變額年金保險主約」適用，且投資配置比例合計應為100%，各投資標的之投資配置比例不得低於10%，且需為5%之倍數，每次不得低於新臺幣10,000元。 ※「變額萬能壽險」首年度需繳足第一保險費年度定期定額保險費，續年度需繳足第一保險費年度及第二保險費年度起約定各期應繳之定期定額保險費。

投資金額 NT\$ ___ 元 【未指定配置比例者，則以目前投資標的配置比例配置。】 本次投資標的及其配置比例另指定如下： (1) ___ % (2) ___ % (3) ___ % (4) ___ % (5) ___ % (6) ___ %

宏泰人壽履行個人資料保護法告知義務內容

宏泰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(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向要保人、被保險人告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、蒐集之目的：本公司為執行下列事項，將在合法範圍內蒐集、處理及利用您的個人資料... 二、蒐集之個人資料類別：本公司蒐集您的個人資料內容詳如各相關業務申請書或契約書內容所載欄位... 三、個人資料之來源：(個體)非依當事人提供之情形適用... 四、個人資料之利用：本公司之各項業務... 五、個人資料之保護：本公司依法律規定... 六、提供個人資料所產生之影響：(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)...

宏泰人壽病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)，同意 貴公司基於客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司依主管機關要求之辦理事項及符合相關法令規範之目的及範圍內使用等需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致 宏泰人壽保險股份有限公司

立同意書人(即主、附約各被保險人)親簽： 林宏泰

監護人或輔助人/ 法定代理人親簽： 其關係為立同意書人之：

網路下載版(本申請書一份4頁皆須印出，敬請填寫並於簽名)章欄處簽署後送達本公司受理。

基本資料

一、主/附約被保險人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(新加保或提高左列類型之險種時,請勾選下列資料):
 (1)實支實付型傷害醫療保險:否 是 (2)實支實付型醫療保險:否 是

以上勾選為「是」者,請說明投保人姓名及投保項目:**黃春嬌 / 實支實付傷害醫療保險 2萬元**

二、主/附約被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)?否 是,左列勾選為「是」者,請提供手冊或證明影本。

三、主/附約被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)?否 是,左列勾選為「是」者,請提供相關證明文件。

被保險人告知事項

要保人、被保險人對「告知事項」之書面詢問,應據實說明並親自填寫。如有為隱匿或遺漏不為說明,或為不實之說明,足以變更或減少本公司對於危險之估計者,本公司依保險法第64條之規定得解除本保險契約,其危險發生後亦同;申請復效、增加保險金額變更時,其約定無效,並回復至復效前或保額增加前之原契約狀態。

01	被保險人目前之身高 182 公分,體重 80 公斤(A1)	工作內容(含兼職) 電子業程式研發設計/工程師	(請勾選) 是/否
02	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(A2)?(亦可提供檢查報告代替回答)		
03	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(A3)?		
04	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 舒張壓 90mmHg 以上)(B1)、狹心症(B2)、心肌梗塞(B3)、心肌肥厚(B4)、心內膜炎(B5)、風濕性心臟病(B6)、先天性心臟病(B7)、主動脈血管瘤(B8)、腦中風(腦出血、腦梗塞)(C1)、腦瘤(C2)、腦動脈血管瘤(C3)、腦動脈硬化症(C4)、癲癇(C5)、肌肉萎縮症(C6)、重症肌無力(C7)、智能障礙(外表無法明顯判斷者)(C8)、巴金森氏症(C9)、精神病(C10)、肺氣腫(D1)、支氣管擴張症(D2)、塵肺症(D3)、肺結核(D4)、肝炎(E1)、肝內結石(E2)、肝硬化(E3)、肝功能異常(GPT、GOT 值檢驗值有異常情形者)(E4)、腎臟炎(F1)、腎病症候群(F2)、腎機能不全(F3)、尿毒(F4)、腎囊腫(F5)、視網膜剝離或出血(G1)、視神經病變(G2)、癌症(惡性腫瘤)(H2)、血友病(H1)、白血病(I2)、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)(I3)、紫斑症(I4)、糖尿病(J1)、類風濕性關節炎(J2)、肢端肥大症(J3)、腦下垂體機能亢進或低下(J4)、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下(J5)、紅斑性狼瘡(K1)、膠原病(K2)、愛滋病或愛滋病帶原(L1)。 ②阿茲海默氏病(C11)、退化性關節炎(J6)、骨質疏鬆症(J7)、失智症(C12)、退化性脊椎炎、伴有脊髓病變者(J9)、脊椎狹窄(J10)、外傷脊椎病變(J11)、脊椎腫瘤(J12)。(被保險人有投保長期照顧保險者請回答)		① <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05	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(M1)、眩暈症(M2)、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血(N1)、潰瘍性大腸炎(N2)、胰臟炎(N3)、肝炎病毒帶原(O1)、肝膿瘍(O2)、黃疸(O3)、慢性支氣管炎(P1)、氣喘(P2)、肺膿瘍(P3)、肺栓塞(P4)、痛風(Q1)、高血脂症(Q2)、青光眼(R1)、白內障(R2)。 ②乳腺炎(S1)、乳漏症(S2)、子宮內膜異位症(S3)、陰道異常出血(S4)。(女性被保險人請回答) ③運動神經元疾病(C13)。(被保險人有投保長期照顧保險者請回答)		① <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06	是否已確知懷孕?如是,已經幾週? 週(T1) 。(女性被保險人請回答)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
07	目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害(U1)?		
08	過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上(V1)?		
09	被保險人有投保健康險(不含長期照顧保險)時,請回答現在是否仍患有下列疾病: 弱視(W1)、中耳炎(W2)、內耳疾病(W3)、重聽(W4)、頭部外傷(W5)、骨折(W6)、胸部畸形及脊柱彎曲(W9)、椎間盤脫出或分離(W10)、骨齡及關節疾病(W12)、風濕性關節炎(W13)、甲狀腺腫(W14)、良性腫瘤(W16)、神經痛(W17)、鼻竇炎(W18)、心雜音(W19)、不整脈(W23)、缺鐵性貧血(W24)、惡性貧血(W25)、蠶豆症(W26)、慢性胃炎(W27)、膽石症(W28)、膽囊炎(W29)、痔瘡(W30)、腎結石(W31)、膀胱結石(W32)、尿道炎及輸尿管結石(W33)、陰囊水腫(W34)、疝氣(W35)、脊柱機能障礙(W36)、中樞神經機能障礙(W37)、酒精或藥物濫用成癮(W38)、脂肪肝(W39)、川崎氏症(W40)、腦膜炎(W41)、鼻中隔彎曲(W42)、骨盆腔炎(W43)、攝護腺肥大(W44)?		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
10	被保險人有投保傷害險時,請回答目前身體機能是否有下列障害: ①失明(G01)。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 0.3 以下(G02)。③聾(G03)。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 50 分貝(dB)以上(G04)。 ⑤啞(G05)。⑥咀嚼、吞嚥或言語機能障害(G06)。⑦四肢(含手指、足趾)缺損或畸形(G07)。		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
11	配偶投保附約者,請回答:目前之身高 166 公分,體重 62 公斤,工作內容(含兼職) 家庭主婦 ,有無上述 02-10 項之情形?		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	子女投保附約者,請回答:	子女①目前之身高 _____ 公分,體重 _____ 公斤,工作內容(含兼職) _____,有無上述 02-10 項之情形?	① <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		子女②目前之身高 _____ 公分,體重 _____ 公斤,工作內容(含兼職) _____,有無上述 02-10 項之情形?	② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	要保人投保附約者,請回答:目前之身高 _____ 公分,體重 _____ 公斤,工作內容(含兼職) _____,有無上述 02-10 項之情形?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

告知事項回答為「是」者時,請註明序號、告知人姓名、病名、疾病/障害部位、就診大約日期、治療方式、治療結果、就診醫院。

11.黃春嬌,上個月感冒,用藥治療,治療後已痊癒。

聲明事項

一、本人(被保險人)同意宏泰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。
 二、本人(被保險人、要保人)同意宏泰人壽保險股份有限公司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。
 三、本人(被保險人、要保人)同意宏泰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」所規定之範圍內,有為蒐集、處理及利用之權利。
 四、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宏泰人壽保險股份有限公司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宏泰人壽保險股份有限公司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,而宏泰人壽保險股份有限公司仍承保者,宏泰人壽保險股份有限公司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宏泰人壽保險股份有限公司者,同意宏泰人壽保險股份有限公司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,但關於實支實付型醫療保險,宏泰人壽保險股份有限公司應以「日額」方式給付。

- 本申請書所有簽章部分為要保人、被保險人及法定代理人本人依本保險契約最近所約定簽名樣式親自簽章,如有虛偽不實,簽章人應負法律上責任。
- 申請人已詳閱且同意本申請書之「注意事項」、「履行個人資料保護法告知義務內容」及「聲明事項」。
- 除本次申請事項外,請要保人確認本人姓名、國籍、職務位、住所地址及收費/通訊地址等皆無異動: 確認 (若有異動請一併辦理變更)

(原)要保人: **林宏泰** 主契約 被保險人: **林宏泰** 配偶附約 被保險人: **黃春嬌** 子女附約 被保險人: _____

簽名章欄

(新)要保人: _____

監護人或輔助人 法定代理人: _____

業務員/執業經紀 (代理人)簽名 _____

●業務員本人已核對
●業務員本人已核對

1、要保人及被保險人請依本保險契約最近所約定簽名樣式親自簽名。
 2、要保人或被保險人未成年者,其法定代理人需同時簽名始可辦理。
 3、本保險單若有附加配偶或子女附約者,請其一併填寫上述「基本資料」、「被保險人告知事項」及簽名。(請提供身分文件)
 4、敬請 台端(要保人)確認除了本次申請事項外,您所留存於本公司的姓名、國籍、職務位、住所地址及收費/通訊地址等資訊有無異動,以利能有效且正確服務。

若有異動請協助保戶變更簽章,絕無虛偽情事。