



保險契約復效申請暨健康告知聲明書

保戶寄送 保戶親臨辦理

保單號碼：_____ 要保人：_____ 被保險人：_____

(復效申請係指本保險契約效力已停止，要保人得於效力停止後二年內填寫本申請書申請復效。本公司受理本保險契約復效申請暨健康告知聲明書前，若被保險人之基本資料及身心狀況與之前已填妥勾選的告知事項不符時，應重新填寫勾選。)

1. 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 否, <input type="checkbox"/> 是(如勾選是者, 請提供相關證明文件)			
2. 工作內容	職 稱		
公司名稱	兼 職	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 說明:	
3. 身 高	公分	體 重	公斤
4. 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?(亦可提供該檢查報告,以供參考)		是	否
5. 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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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"/>	<input type="checkbox"/>
7. 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 以上/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?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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、巴金森氏症、精神病?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT 值超過 40 以上)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊腫?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 視網膜剝離或出血、視神經病變?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 癌症(惡性腫瘤)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 紅斑性狼瘡、膠原症?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) 愛滋病或愛滋病帶原?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 痛風、高血壓症?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 青光眼、白內障?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙(缺肢、癱瘓或變形)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 是否已確知懷孕?如是, 已經懷孕 _____ 週(女性被保險人回答)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上述告知事項回答「是」者, 請說明以下事項:

疾病名稱	就診醫院(縣市)	是否住院	是否手術	門診/住院日期	最後就診日期	是否痊癒	有無後遺症
		<input type="checkbox"/> 是 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 是 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

■要保人及被保人聲明暨同意事項

- 本聲明書之問題均係本人作答, 對上列告知事項之說明均屬事實, 如有為隱匿或遺漏不為說明, 或為不實之說明, 足以變更或減少合作金庫人壽保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)對危險之估計者, 本次復效不生效力。
- 本次復效之申請, 除非經 貴公司負責人員批准, 將不受任何付款協定或因已繳保險費而生效力。另停效保險契約於停效期內所發生之保險事故, 貴公司不負保險責任。
- 貴公司受理本復效申請暨健康聲明書前, 若被保險人之基本資料及身心狀況與之前已填妥勾選的告知事項不符時, 應重新填寫勾選, 若未重新填寫勾選本申請書或未補充告知, 致減少 貴公司之危險評估時, 本項復效/契約變更申請不生效力。
- 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 貴公司將本聲明書上之本人資料轉送產、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。

本人(受告知人)確認已收到、詳閱且瞭解合作金庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書(如申請書第二頁所示), 並同意 貴公司依本人申請事項辦理。

要保人親簽: _____ 被保險人親簽: _____ 填表日期: _____

(簽名樣式需與要保書一致, 要/被保險人滿七歲需親自簽名; 為維護您的權益, 請勿於空白的申請書上簽章)

法定代理人/監護人或輔助人親簽: _____ 要保人行動電話: _____

(要保人/被保險人未滿20歲且未婚者/為受監護或輔助宣告之人者)

本人同意上欄電話變更為該保單號碼之行動電話, 並作為確認日後保全申請之簡訊通知使用。

營業單位填寫欄	保代/保經簽署欄	合作金庫人壽批核欄 (本申請書未經承辦單位核准簽章者不生效力)
送件單位: 銀行 分行		本公司同意本保單契約內容做如上之變更, 且變更後之保單內容自民國____年____月____日起生效。 <input type="checkbox"/> 已核對簽名無誤。 承辦人員: _____
分行連線代號: 保險業務員親自簽名: 登錄字號: 主管覆核: 連絡電話:		

業務員倘同意接受要保人委任代為處理上述變更事宜, 應確認要保人/被保險人/法定代理人身分並親視簽名無誤。

TPOS001 號 009I 107.09

合作金庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書

合作金庫人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據金融控股公司法第四十三條、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 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (一)人身保險
- (二)行銷(包含金控共同行銷業務)
- (三)金融服務業依法令規定及金融監理需要(包括但不限於執行洗錢防制作業及配合全球打擊恐怖份子調查等目的),所為之蒐集處理及利用
- (四)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別:

姓名、出生年月日、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等,詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源(經本公司間接取得之個人資料者適用):

- (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:本公司及母公司(合作金庫金融控股股份有限公司、法商法國巴黎保險控股公司)暨其關係企業、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、臺灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、業務委外機構、與本公司有再保、共同行銷或合作推廣等業務往來之公司、海外急難救助公司、依法有調查權機關或金融監理機關,及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。
- (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:書面、電子郵件、傳真、電子文件。

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。

合作金庫人壽保險股份有限公司

受通知人(要保人)簽名: _____ 受通知人(被保險人)簽名: _____

法定代理人簽名: _____ 日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註:各公司履行上開告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力,各公司應採下列方式之一保全履行告知義務之證明:

- 一、電話行銷之電話錄音檔。
- 二、當事人表明已受告知之書面文件或註明當事人已收受告知書之保單、契約變更或理賠等簽收回條。
- 三、將告知書內容與要保書或保險契約相關申請文件合併列印。

TPOS001 號 009I 107.09