

英屬百慕達商滙豐人壽保險國際有限公司台灣分公司

人身保險要保書(通用版 A)

核准/備查日期及文號：100.02.11 滙壽精字第11004號函備查、100.12.30 滙壽精字第11094號函備查

※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了解，並把握保單契約撤銷之時效(收到保單翌日起算十日內)。

※有關英屬百慕達商滙豐人壽保險國際有限公司台灣分公司(簡稱滙豐人壽)之公開資訊(含保單條款等商品資訊)，請查閱滙豐人壽網站<http://www.hsbcinsurance.com.tw>或透過免費服務及申訴電話(800-66-1311)查詢。

基本資料

一、被保險人 *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者，加算一歲。 **本欄由本公司業務員輔助填寫

| | | | | | | |
|---------|--|-------------|----------------|-------|--|---|
| 姓名 | 性別 | 出生日期 | *投保年齡 | 身分證號碼 | 婚姻狀況 | 國籍 |
| | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 西元 年 月 日 | 歲 | | <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 | <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 戶籍地址 | 郵遞區號 <input type="text"/> | 縣市 | 鄉鎮 區市 | 村里 | 路 段 街 | 巷 弄 號 樓之 |
| 聯絡電話 | 住宅() | 公司() | 傳真() | 行動電話 | | |
| 服務機構名稱： | 職位： | | **職業類別：第_____級 | | | |
| 服務機構地點： | <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請填寫國家) | | | | | |
| E-mail： | | | | | | |
| 生活習慣 | 1. 是否或曾有飲酒習慣？如有，每週飲酒_____瓶，種類_____，約持續_____年 | | | | | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| | 2. 是否或曾有嚼食檳榔？如有，每天嚼食檳榔_____顆，約_____年 | | | | | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |

二、要保人 同被保險人 (仍需勾選或填寫收費/聯絡/保單郵寄地址)

| | | | | | | |
|--|---|-------------|-------|-------|--|---|
| 姓名 | 性別 | 出生日期 | 年齡 | 身分證號碼 | 婚姻狀況 | 國籍 |
| | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 西元 年 月 日 | 歲 | | <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 | <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 戶籍地址 | <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 郵遞區號 <input type="text"/> 縣市 鄉鎮 村里 路 段 巷 弄 號 樓之 | | | | | |
| 收費/聯絡/ 保單郵寄地址 <small>請勿填寫郵政信箱</small> | <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他:請詳填下欄 郵遞區號 <input type="text"/> 縣市 鄉鎮 村里 路 段 巷 弄 號 樓之 | | | | | |
| 【滙豐人壽依前開指定之地址寄送保險單等相關文件，保單收到日(包含本人及代收人收受)即為掛號收件回執聯之郵戳日期，保單契約撤銷之時效即為自掛號收件回執聯郵戳日期之翌日起算十日內。如上述郵寄地址變更或因故可能無法收受時，應立即以書面通知滙豐人壽處理。】 | | | | | | |
| 與被保險人關係： | E-mail： | | | | | |
| 聯絡電話 | 住宅() | 公司() | 傳真() | 行動電話 | | |
| 服務機構名稱： | 職位： | | 工作內容： | | | |

三、受益人 (要保人有權申請受益人之變更；滿期/祝壽保險金受益人若未指定則為被保險人本人；身故受益人未指定時，則為被保險人之法定繼承人。)

| 保險金種類 | 姓名 | 身分證號碼 | 與被保險人關係 | 保險金給付方式 |
|--------------------|-----|-------|---------|--|
| 滿期保險金 (祝壽保險金) | (1) | | | <input type="checkbox"/> 1. 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 2. 均分 <input type="checkbox"/> 3. 比例：(1)_____ % (2)_____ % (3)_____ % *如未勾選，本公司以均分辦理 |
| | (2) | | | |
| | (3) | | | |
| 身故保險金 (喪葬費用保險金) | (1) | | | <input type="checkbox"/> 1. 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 2. 均分 <input type="checkbox"/> 3. 比例：(1)_____ % (2)_____ % (3)_____ % *如未勾選，本公司以均分辦理 |
| | (2) | | | |
| | (3) | | | |

註：倘身故受益人非被保險人之直系血親、配偶者，請註明原因。

保 險 內 容

四、投保內容 (金額單位：新台幣) **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。**

| | 商品名稱 | 投保金額 | 繳費年期 |
|--------|---|------|--|
| 主契約(一) | <input type="checkbox"/> 滙豐人壽大未來不分紅養老保險 <input type="checkbox"/> 滙豐人壽大守護不分紅定期壽險 <input type="checkbox"/> 滙豐人壽新大安心傷害保本保險 <input type="checkbox"/> _____ | 萬元整 | _____ 年限繳 |
| | <input type="checkbox"/> 滙豐人壽醫度讚日額醫療養老保險(註1) <input type="checkbox"/> 滙豐人壽新醫極棒終身醫療健康保險(註2) | 元整 | <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 20年 |
| | <input type="checkbox"/> 滙豐人壽延年益壽防癌養老保險 (註3) | 萬元整 | 10年 |
| 附約 | <input type="checkbox"/> 滙豐人壽傷害保險附約 <input type="checkbox"/> _____ | 萬元整 | 滙豐人壽新大安心傷害保本保險不可附加本附約 |

| | | | |
|--------|---|-----|--|
| 主契約(二) | <input type="checkbox"/> 滙豐人壽大未來不分紅養老保險 <input type="checkbox"/> 滙豐人壽大守護不分紅定期壽險 <input type="checkbox"/> 滙豐人壽新大安心傷害保本保險 <input type="checkbox"/> _____ | 萬元整 | _____ 年限繳 |
| | <input type="checkbox"/> 滙豐人壽醫度讚日額醫療養老保險(註1) <input type="checkbox"/> 滙豐人壽新醫極棒終身醫療健康保險(註2) | 元整 | <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 20年 |
| | <input type="checkbox"/> 滙豐人壽延年益壽防癌養老保險 (註3) | 萬元整 | 10年 |
| 附約 | <input type="checkbox"/> 滙豐人壽傷害保險附約 <input type="checkbox"/> _____ | 萬元整 | 滙豐人壽新大安心傷害保本保險不可附加本附約 |

註1：本保險當被保險人身故或全殘廢致契約終止時，因其費率計算已考慮死亡脫退因素，故其他未給付部分無解約金。
 註2：本保險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，本公司將依保單條款之約定退還未滿期保險費。
 註3：本保險當被保險人身故致契約終止時，因其費率計算已考慮死亡脫退因素，故其他未給付部分無解約金。

五、投保經歷：

A. 是否曾申請投保人身保險或在保單申請復效時，被拒保、延期、加費承保或附條件承保之情形？1. 是 2. 否
 若『是』請詳列公司名稱、申請日期、原因：_____

B. 除本契約外是否已經購買其他公司之人身保險？若『是』請詳列.....1. 是 2. 否

| 公司名稱 | 壽險保額 | 重大疾病 | 傷害險 | 醫療險 | 癌症險 | 投保日期 |
|------|------|------|-----|-----|-----|------|
| | 萬元 | 萬元 | 萬元 | 元/日 | 元/日 | |
| | 萬元 | 萬元 | 萬元 | 元/日 | 元/日 | |
| | 萬元 | 萬元 | 萬元 | 元/日 | 元/日 | |

六、繳費方式：(如選擇信用卡或銀行帳戶自動轉帳，請填寫「保險費付款授權申請暨約定書」。)

| | |
|------|--|
| 繳法 | <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 月繳(首期應繳二個月保費) |
| 首期保費 | <input type="checkbox"/> 1. 信用卡 <input type="checkbox"/> 2. 匯款 <input type="checkbox"/> 3. 自動轉帳 續期繳費 <input type="checkbox"/> 1. 信用卡 <input type="checkbox"/> 2. 自動轉帳 |

七、保險費自動墊繳：(投保滙豐人壽新醫極棒終身醫療健康保險者，免勾選)

您是否同意當第二期以後的分期保險費於超過寬限期間仍未交付，且本契約(含主契約、附約及以後附加之附約)已累積有保單價值準備金時，本公司自動以本契約當時的保單價值準備金(如有保險單借款者，以扣除其借款本息後的餘額)，同時墊繳主契約及所有附加之附約應付的保險費及利息，使契約繼續有效？ 同意 不同意

(墊繳保險費的利息，自寬限期間終了翌日起，按當時本公司宣告的保險費自動墊繳利率計算，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。)

告 知 事 項

***要保人及被保險人就下列告知事項應詳實告知，並應親自填寫。如違反誠實告知影響危險評估，依保險法第64條之規定，本公司得解除契約，保險事故發生後亦同，請特別注意。(保險法第64條之規定，請參閱投保人須知)**

八、被保險人職業及健康告知

| | | |
|---|--|---|
| 職業 (工作內容): | 兼業 (工作內容): | 目前身高_____公分，體重_____公斤 |
| 壽險及健康險部份 下列壽險及健康險部分告知事項，是否有為“是”者..... <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 1. 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) 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. 最近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？(註一) 4. 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？(註二) 5. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？ 6. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ 7. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答) 註一：高血壓症(指收縮壓 140mmHg/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 ? 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? 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核? 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT值檢驗值有異常情形者)? 腎臟炎、腎病候群、 腎機能不全、尿毒、腎囊胞? 視網膜剝離或出血、視神經病變? 癌症(惡性腫瘤)? 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症? 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? 紅斑性狼瘡、膠原症? 愛滋病或愛滋病帶原? 註二：酒精或藥物濫用成癮、眩暈症? 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎? 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸? 慢性支氣管炎、氣喘、 肺膿瘍、肺栓塞? 痛風、高血脂症? 青光眼、白內障?(女性被保險人回答) 乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血? | 傷害險部份 8. 過去二年內是否曾因患有壽險部份以底線標示之疾病，而接受醫師治療、診療或用藥?..... <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 9. 目前身體機能是否有下列障害?(請勾選): <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 A. 失明。 B. 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。 C. 聾。 D. 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。 E. 啞。 F. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 G. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。 | 癌症險部份 投保匯豐人壽延年益壽防癌養老保險，下列告知事項，是否有為“是”者..... <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 10. 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) 11. 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？ 12. 最近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？(註三) 13. 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？(註四) 14. (女性被保險人回答)是否已確知懷孕？如是，已經幾週？ 15. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ 註三：主動脈血管瘤? 腦瘤、腦動脈血管瘤、癲癇、精神病? 肝炎、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT值檢驗值有異常情形者)? 尿毒? 癌症(惡性腫瘤)? 白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)? 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? 紅斑性狼瘡? 註四：酒精或藥物濫用成癮? 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎? 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸?(女性被保險人回答) 乳腺炎、乳漏症、 子宮內膜異位症、陰道異常出血? |
| 上述問題中如有告知為“是”者，請註明問題號碼、詳細原因或疾病名稱、症狀、大約就診期間、地點及結果；健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。 | | |

聲 明 事 項

九、要保人與被保險人向匯豐人壽聲明下列事項

- A. 本人(被保險人)同意匯豐人壽查閱本人相關之醫療記錄及病歷資料。
- B. 本人(被保險人、要保人)同意匯豐人壽將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
- C. 本人(被保險人、要保人)同意匯豐人壽得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。

匯 豐 人 壽 委 外 作 業 項 目 告 知

- 十、依金管會於99年7月21日頒布之金管保理字第09902558341號“保險業作業委託他人處理應注意事項”規定，匯豐人壽特此說明委外作業項目如后，詳請查閱匯豐人壽網站。匯豐人壽之委外作業皆符合所有相關法令，對於客戶資料之處理亦均在保護客戶資料機密性的前提下進行。
1. 保單資料的鍵檔、資料變更處理、資料輸出及交寄作業。
 2. 資訊系統的開發、監控及維護作業。
 3. 新契約件之醫療查勘及調查。
 4. 保單、續保通知、催繳通知、停效通知、年度繳費證明單及其他與保險契約權利義務履行有關之各種表單、憑證之印製、寄發、保存及銷毀作業。
 5. 委由人力派遣公司之派遣人員處理保險業務相關工作。

***要保人已收到或自匯豐人壽或其通路之公開網站查閱本要保書所投保之「保險契約條款」、「投保人須知」、「要保書填寫說明」樣本或影本 是 否**

| | |
|--|---|
| 本要保書係在本人輔導下填寫，並經被保險人/要保人/法定代理人親自填寫及簽名 業務人員簽名： 單 位： 員工代號： 登錄字號： | 被保險人簽名： _____ 要保人簽名： _____ 未成年者，其 法定代理人簽名： _____ 申請日期：西元_____年_____月_____日 |
| 保經/保代 簽署人章 | |