



健康告知暨聲明書

1. 主約基本保額提高為 _____ 2. 附約 _____ 異動保險金額為 _____ 3. 復效
 4. 取消加費/批註 5. 補充告知 6. 其他 _____

保單號碼	要保人姓名	行動電話
被保險人姓名	被保險人身分證字號	(本人同意右上網電話變更為該保單號碼之行動電話，並作為確認本次與日後保全申請之簡訊通知使用)
被保險人公司名稱	被保險人工作內容 / 職稱 (含兼職)	

申請「主約基本保額/保險費提高、單筆增額申購、復效」時，請要/被保險人填寫以下財務評估問項：

- 要/被保險人財務評估問項：**
1. 主要經濟來源者：要保人 被保險人 其他：_____
 2. 本保單保費來源：存款 股票或基金 房租或利息 薪資 舊保單解約
 3. 家庭年平均收入：40萬 80萬 100萬 _____萬
 4. 淨資產(動產與不動產扣除貸款與負債合計)：50萬 100萬 500萬 _____萬

壽險及健康險適用：	是	否
1. 被保險人目前身高：_____公分/ 體重：_____公斤		
2. 過去五年內是否曾患有下列疾病(註一)而接受醫師治療、診療或用藥?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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"/>
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? (亦可提供檢查報告，代替回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 過去一年內是否曾患有下列疾病(註二)而接受醫師治療、診療或用藥?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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"/>
7. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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"/>

傷害險適用：	是	否
9. 過去二年內是否曾患有下列疾病(註三)而接受醫師治療、診療或用藥?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 目前身體機能是否有下列障害(註四)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

註一：1. 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、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(GOT、GPT 值檢驗值有異常情形)、5. 腎臟炎、腎病候群、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。

註二：1. 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、肝膿瘍、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)。

註三：1. 高血壓症(指收縮壓140mmHg及舒張壓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)、精神病、巴金森氏症、3. 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、4. 糖尿病、5. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、6. 視網膜出血或剝離、視神經病變。

註四：1. 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. 是否曾因耳鼻喉科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。

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
		<input type="checkbox"/> 是_____天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	約 年 月 日	約 年 月 日

個人資料保護法告知義務

謹請受告知人確認已收到、詳閱且瞭解法商法國巴黎人壽履行個人資料保護法告知義務通知書(如相關業務申請書合併列印所示)。如果對於前述告知通知書之內容有任何疑問時，請查閱並參酌法國巴黎人壽公告之個人資料告知事項(公司網址：<http://www.cardif.com.tw/life/>)或致電免費付費服務專線 0800-012-899。

聲明事項 要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：

1. 本人(被保險人)同意法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱 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。
2. 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本聲明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。
3. 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。

要保人親簽：_____ 被保險人親簽：_____

(為維護您的權益，請勿於空白的申請書上簽章)

法定代理人親簽：_____ 申請日期：_____年_____月_____日

(要保人或被保險人未滿20足歲且未婚者，請法定代理人加簽)

送件單位填寫欄		保經(代)簽署人蓋章	
送件單位：_____銀行 / _____分行	送件單位受理/流水編號：		
業務員1簽名：_____	登錄字號：_____	連絡電話：(O) _____	
業務員2簽名：_____	登錄字號：_____	(M) _____	
法國巴黎人壽批核欄 (本申請書未經承辦單位核准簽章者不生效力)			
本公司同意本保單契約內容做如上之變更，且變更後之內容自民國_____年_____月_____日起生效。			
法國巴黎人壽審查欄			
<input type="checkbox"/> 已核對簽名無誤	承辦	覆核	

※請務必填寫本聲明書第一頁與第二頁，填妥後請傳真或郵寄回本公司，並於五日後來電確認是否收到您的文件，以維護您的權益！
※本公司將抽樣對保戶進行電話訪問，確認申請內容。



法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除本公司「告知說明書」所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料，本公司將可能無法提供 台端相關人身保險業務之申請及辦理。

立同意書人（即被保險人），已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司

立同意書人（即被保險人）簽名：_____

法定代理人 簽名：_____

中 華 民 國 年 月 日





法商法國巴黎人壽履行個人資料保護法告知義務通知書(保全業務專用)

法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱本分公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項規定,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(00一)
- (二) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)

二、蒐集之個人資料類別:(本分公司蒐集 台端個人資料類別如下,細節請詳如相關業務申請書或契約書內容)

- (一) 識別類(如姓名、電話、金融機構帳戶或信用卡號碼、身份證統一編號或統一證號或護照號碼等)
- (二) 特徵類(如年齡、性別、出生年月日等)
- (三) 家庭情形(如要保人與被保險人之關係、受益人與被保險人之關係、保險費自動轉帳暨信用卡代繳授權人與要保人/被保險人之關係等)
- (四) 社會情況(如住所地址、財產資料、工作許可文件、居留證明文件、個人嗜好等)
- (五) 受僱情形(如僱主名稱、工作職稱、薪資與繳稅情形等)
- (六) 教育、考選、技術或其他專業(如學歷資格、職業專長等)
- (七) 財務細節(如總收入、總所得、淨資產、貸款、財務交易紀錄、保險細節等)
- (八) 商業資訊(如經營商業之種類等)
- (九) 健康與其他(如健康紀錄、診斷紀錄等)
- (十) 其他各類資訊(如無法歸類之信件、檔案及其他合於營業項目之特定目的所須蒐集個人各項資料等)

三、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(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、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、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。
- (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。

四、依據個資法第三條規定,台端就本分公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (一) 得向本分公司行使之權利:
 - 1. 向本分公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 2. 向本分公司請求補充或更正。
 - 3. 向本分公司請求停止蒐集、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。

五、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,本分公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝辦理、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

註:本分公司已履行上開告知義務,並將告知書內容與保全申請書或保險契約相關申請文件合併列印提供予 台端。



法商法國巴黎人壽附約保險成本扣除方式批註條款申請書

本人申請保單號碼：_____，附加法商法國巴黎人壽附約保險成本扣除方式批註條款，並同意接受該批註條款之約定。

※ 要保人填寫本申請書前請先閱讀下列批註摘要；詳細內容請參閱法商法國巴黎人壽附約保險成本扣除方式批註條款，並同意接受該批註條款。

第一條 批註條款之訂立及優先效力

本法商法國巴黎人壽附約保險成本扣除方式批註條款（以下稱本批註條款），適用於本公司投資型保險主契約【附件】（以下稱本契約），並依要保人申請，經本公司同意後，始生效力。

本批註條款構成本契約之一部分，本契約之約定與本批註條款牴觸時，應優先適用本批註條款。

第二條 「每月扣除額」之定義

本批註條款所稱「每月扣除額」係指投資型保險主契約之保單管理費、保險成本及附約保險成本所加總之金額。但投資型保險主契約為年金型保險商品時，其每月扣除額係指投資型保險主契約之保單管理費及附約保險成本所加總之金額。

本公司每月以當月最後一個資產評價日計算本契約之每月扣除額，於次一資產評價日由保單帳戶價值中扣除。

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____

法定代理人簽名：_____ (要保人或被保險人未滿20足歲且未婚者，請法定代理人加簽)

業務員簽名：_____ 登錄證字號：_____

個人資料保護法告知義務	保經(代)簽署人蓋章
<p>謹請受告知人確認已收到、詳閱且瞭解法商法國巴黎人壽履行個人資料保護法告知義務通知書(如相關業務申請書合併列印所示)。如果對於前述告知通知書之內容有任何疑問時,請查閱並參酌法國巴黎人壽公告之個人資料告知事項(公司網址:http://www.cardif.com.tw/life/)或致電免付費服務專線 0800-012-899。</p>	

(本申請書共二頁，第一頁)



法商法國巴黎人壽履行個人資料保護法告知義務通知書(保全業務專用)

法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱本分公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項規定,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(00一)
- (二) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)

二、蒐集之個人資料類別:(本分公司蒐集 台端個人資料類別如下,細節請詳如相關業務申請書或契約書內容)

- (一) 識別類(如姓名、電話、金融機構帳戶或信用卡號碼、身份證統一編號或統一證號或護照號碼等)
- (二) 特徵類(如年齡、性別、出生年月日等)
- (三) 家庭情形(如要保人與被保險人之關係、受益人與被保險人之關係、保險費自動轉帳暨信用卡代繳授權人與要保人/被保險人之關係等)
- (四) 社會情況(如住所地址、財產資料、工作許可文件、居留證明文件、個人嗜好等)
- (五) 受僱情形(如僱主名稱、工作職稱、薪資與繳稅情形等)
- (六) 教育、考選、技術或其他專業(如學歷資格、職業專長等)
- (七) 財務細節(如總收入、總所得、淨資產、貸款、財務交易紀錄、保險細節等)
- (八) 商業資訊(如經營商業之種類等)
- (九) 健康與其他(如健康紀錄、診斷紀錄等)
- (十) 其他各類資訊(如無法歸類之信件、檔案及其他合於營業項目之特定目的所須蒐集個人各項資料等)

三、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(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、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、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。
- (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。

四、依據個資法第三條規定,台端就本分公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (一) 得向本分公司行使之權利:
 - 1. 向本分公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 2. 向本分公司請求補充或更正。
 - 3. 向本分公司請求停止蒐集、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。

五、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,本分公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝辦理、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

註:本分公司已履行上開告知義務,並將告知書內容與保全申請書或保險契約相關申請文件合併列印提供予 台端。

(本申請書共二頁,第二頁)