

復效申請書

保單號碼																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【申請書請親送或以掛號郵寄至國泰人壽各服務據點】
(各服務據點地址, 請至國泰人壽官網查詢)

傳統型商品復效

復效清償方式 (請擇一勾選):

最低清償: 僅清償超過「可借金額上限」部分 (抵充順序: 墊繳保險費利息→墊繳保險費本金→保單借款利息→保單借款本金)。

部分清償: 清償全部墊繳保險費本息, 但如保險單借款本息已逾「可借金額上限」者, 尚須償還超過「可借金額上限」部分。

全部清償: 清償全部墊繳保險費本息及保單借款本息。

註一: 「可借金額上限」, 係指申請復效時, 該保險單年度之保險單借款可借金額上限。
註二: 復效後如仍有未清償之墊繳保險費本息, 仍將依保險契約自動墊繳之約定繼續墊繳。

投資型商品復效

是否已投保其他保險公司: 1. 實支實付型傷害醫療保險 是 否 2. 實支實付型醫療保險 是 否

注意事項

1. 停效六個月內申請復效者, 不須檢附【健康告知書】; 停效6個月至2年內申請復效者, 除須檢附【健康告知書】外, 一律須體檢, 停效2年以上不得申請復效。
2. 申請人應於國泰人壽同意復效之日起5日內, 依國泰人壽所核定復效保單應繳之金額依約繳款, 契約效力自繳款日之翌日上午零時起恢復; 逾期未繳納或繳款金額不足者, 復效申請不生效力。

聲明事項

1. 就本保險契約之復效申請 (含附約復效), 被保險人 (含配偶、子女) 於停效期間內所發生之任何保險事故, 國泰人壽不負給付保險金之責任。本人同意如有於國泰人壽核准復效前逕行繳付欠繳保險費者, 其繳付不生復效效力, 本人並同意國泰人壽得將催繳通知書銷毀, 免予保存, 嗣後本人絕不以國泰人壽未能提示催繳通知書而主張未受催繳。
2. 本人 (被保險人) 同意國泰人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷等個人資料。
3. 本人 (被保險人、要保人) 同意國泰人壽將本申請書上所载本人資料轉送產、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。
4. 受益人或要保人申領之保險金債權受法院 (或執行機關) 扣押時, 倘為維持一己及共同生活親屬之生活所必需者, 得依強制執行法第12條規定, 向法院 (或執行機關) 聲明異議。
5. 本人同意國泰人壽得以本人最近申辦之網路服務/電子單據服務之電子信箱寄送批註書等相關資料; 如未曾申辦本服務且未於本申請書填寫 E-Mail 者, 國泰人壽得逕以紙本方式轉送之。

個人資料保護法應告知事項

國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料 (包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址、病歷、醫療及健康檢查等資料)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內, 以合於法令規定之利用方式, 於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務據點或利用國泰人壽客服專線, 市話請撥打免費專線: 0800036599, 手機請改撥付費電話: 02-21626201 或網路電話 (路徑: 國泰人壽官網首頁>問題與聯繫>聯絡我們) 客服電話>撥打網路電話) 查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料, 惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須, 得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時, 基於健全人身保險業務之執行, 國泰人壽將無法提供您完善的服務。

請保戶填寫以下欄位 (收費用)

本人同意本次繳款方式 (請擇一勾選, 未勾選者則由國泰人壽服務人員到府收費) 所選擇之帳號單次交易限額為新臺幣 (下同) 10 萬元, 且每月不得超過 20 萬元, 惟轉出之金融機構另有規定時, 則依轉出金融機構之規定辦理。
※應補金額包含保單借款本息或墊繳之本息者, 不得選擇帳號扣款或信用卡繳費。

帳號扣款 (限要保人本人帳戶):

已指定之匯撥帳戶 (一指通)

本次扣款帳號: 銀行別或代號 (3 碼) _____ 銀行帳號 _____

信用卡 (VISA、MASTER、JCB 及聯合信用卡): _____ 到期日 _____ 月 _____ 年 (西元)

*信用卡持卡人 (請勾選) 要保人, 被保險人 (以被保險人之信用卡繳費者, 應請被保險人於本申請書簽名處簽名)

*下列行庫未參與聯合信用卡中心 (NCCC) 持卡人身份驗證, 故無法受理: 中國輸出銀行、全國農業金庫、京城銀行、瑞興銀行、板信銀行、農漁會、信通社及外國銀行發行之信用卡。

虛擬帳號 *國泰人壽將提供一組虛擬帳號, 請保戶於期限內匯款至虛擬帳號繳款。

要保人簽名 (主被保險人): _____ 被保險人簽名 (次被保險人): _____ (若要保人及被保險人為同一人時, 可免簽) 法定代理人/監護人或輔助人簽名 (申請人為未成年/為受監護或輔助宣告之人者): _____ 關係 _____ _____ 關係 _____ 配偶簽名: _____ 子女簽名(1): _____ 子女簽名(2): _____ 子女簽名(3): _____ 註: 供當次業務使用之聯絡電話 (手機號碼、市話號碼), 僅供本次申辦業務使用, 不視為已向本公司申請變更前項聯絡資料, 如需新增或更新聯絡資料需另提出變更申請。	限當次使用 聯絡電話註	住宅: () _____ 公司: () _____ 分機 _____ 手機: _____ <input type="checkbox"/> 未使用手機
		住宅: () _____ 公司: () _____ 分機 _____ 手機: _____

要保人方便電訪時間 (上班日, 可複選):

上午 (08:30~10:00) 上午 (10:00~12:00) 下午 (13:00~15:00) 下午 (15:00~17:30)

申請日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

試算表列印處

復效案件協助服務人員聯繫表 (請詳細填寫下表之各欄位資料)

要保人姓名	
服務人員 (業務同仁) 姓名	
登錄證字號/ID	
單位名稱	
收費代號	
手機號碼 (或其他電話號碼)	

註：1.本單由國泰人壽服務人員填寫，僅供國泰人壽作為內部聯繫之用，不得作為其他證明之用。
 2.服務人員須於復效核定通知後，始得向保戶收取保險費，不得於復效核定前預收保險費。

本公司授權核定欄		收費欄	
本人 配偶 子女 索引 紀錄	<input type="checkbox"/> 無紀錄	收費日期	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 有特殊紀錄	補費金額	
	<input type="checkbox"/> 累計保額	送金單號碼	No
		合計補收保險費	元，限 年 月 日前收妥
補收金額限以現金、匯款或上述繳款方式繳納。外幣保單補收、給付款一律以「匯款」方式處理，且外幣存款帳戶以國泰人壽公告或通知之指定銀行所開立者為限。			
電訪日期：		電訪時間：	電訪電話：()
保全組審核	保全組經辦	服務據點覆核	服務據點經辦
			服務據點代號：



200042



11202 版



健康告知書—復效專用 (第一頁)

保單號碼

要保人職業	行業別	職位	工作內容	生日	年	月	日	身分證字號	職業分類第 <input type="text"/> 類
	兼副業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	工作內容	服務單位					
被保險人職業	行業別	職位	工作內容	生日	年	月	日	身分證字號	職業分類第 <input type="text"/> 類
	兼副業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	工作內容	服務單位					
被保險人配偶職業	工作內容		職業分類第 <input type="text"/> 類	被保險人子女職業	工作內容		職業分類第 <input type="text"/> 類		

※下面各欄內請由要保人及被保險人親自以「✓」表示告知

要保人	身高 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 公分，體重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 公斤	投保健康險者，依保險法第一百二十七條：「保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。」	是 否
主被保險人	身高 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 公分，體重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 公斤		
次被保險人 (投保親子教育)	身高 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 公分，體重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 公斤		
1. 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"/>	
2. 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"/>	
3. 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"/> <input type="checkbox"/>	
(1) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。		(4) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。	
(2) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。		(5) 痛風、高血脂症。	
(3) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。		(6) 青光眼、白內障。	
4. 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"/>	
5. 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"/> <input type="checkbox"/>	
(1) 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。		(5) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。	
(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。		(6) 視網膜剝離或出血、視神經病變。	
(3) 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。		(7) 癌症(惡性腫瘤)。	
(4) 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)。		(8) 血友病、白血症、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。	
6. 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"/>	
7. 女性被保險人回答：		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(1) 過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(2) 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？			
8. 有投保健康險者，請回答下列問題：		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(一) 現在是否仍患有上述 1-7 項所列疾病？			
(二) 現在是否仍患有下列疾病：		(5) 肺水腫、肺炎、胸膜炎、鼻中隔彎曲、鼻竇炎、慢性鼻炎、氣胸、慢性阻塞性肺部疾病、肺沉著症、肺積膿、肋膜積水。	
(1) 飛蚊症、中耳炎、內耳炎、乳突炎、外耳炎、坐骨神經痛、脊椎彎曲、脊椎骨脫出症、骨折、蜂窩組織炎、史帝芬一強生症候群、骨質疏鬆症、肌無力、進行性肌萎縮、運動神經原疾病、硬皮症、股骨頭壞死、椎間板脫出、關節脫臼、骨膜炎、骨髓炎、關節炎。		(6) 心絞痛、動脈瘤、心臟瓣膜疾病、動靜脈栓塞及血栓症、食道靜脈曲張、血液凝固缺陷、紅血球過多症、貧血、高血壓症(指收縮壓 140mmHG 舒張壓 90mmHG 以上)。	
(2) 腎上腺機能亢進或低下、染色體異常、良性腫瘤、良惡性不明腫瘤、原位癌、抹片異常、膿瘍、息肉、結節、痛風、酒精或藥物濫用成癮。		(7) 肝腫大、消化性潰瘍或出血、慢性胃炎、肝膽結石、腸阻塞。	
(3) 結核病、腦膜炎、梅毒、腦炎、水腦症。		(8) 腎炎、腎水腫、泌尿系統結石、血尿、膀胱炎、尿道炎、輸卵管炎、卵巢炎、骨盆腔膜炎、前列腺肥大或發炎、子宮頸糜爛、子宮脫出。	
(4) 智能障礙、神經炎、神經痛、腦性麻痺、多發性硬化症、舞蹈症、癡呆症、精神官能症、憂鬱症。			
9. 有投保傷害險者，請回答下列問題，目前身體機能是否有下列障害：		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(1) 失明。		(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。	
(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。		(5) 啞。	
(3) 聾。		(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。	
10. 配偶、子女申請附加健康險或傷害險者，請回答： 現在或過去是否曾患有上述 1-8 項(申請附加傷害險者為 1-9 項)疾病？(若回答是者，請續填下方※欄)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11. 要保人申請附加豁免者，請回答：現在或過去是否曾患有上述 1-9 項？(若回答是者，請續填下方*欄)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
※被保險人若有上列 1-9 項所述的情況，請詳填： ●姓名 ●病名(外傷者，含受傷部位) ●就診醫院 ●大約就診期間 ●診療過程(門診或住院) ●有無手術 ●治療結果及目前狀況。			
※本健康告知書之告知事項均經本人確認，如有虛偽，不實或不盡之情事者，願依保險法第 64 條：「訂立契約時要保人(包括被保險人)對保險人(保險公司)之書面詢問，應據實說明，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。」之規定，接受國泰人壽解除保險契約，絕無異議。			



200043



11202 版

