



英屬百慕達商
中泰人壽保險股份有限公司台灣分公司
要保書

※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。

備查文號：中泰精字第 950028 號
備查日期：95 年 09 月 28 日

- ◎本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：www.acelife.com.tw 或洽免付費服務專線0800-061988或至本公司查詢。
◎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。
◎保險契約各項權利義務皆詳列於保險單條款，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)以避免權益受損。
◎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。

一、基本資料

※以下內容請以正楷清楚填寫，如有塗改，請於塗改處簽名確認。

要保人	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日	身分證字號 (統一證號)																
聯絡電話	日()	分機:	夜()							行動電話										
E-Mail										關係	係被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他									
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣市	鄉鎮市區	路街	段	巷	弄	號	樓	室										
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣市	鄉鎮市區	路街	段	巷	弄	號	樓	室										

被保險人	<input type="checkbox"/> 同要保人	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日	身分證字號 (統一證號)															
投保險種	中泰人壽永保安康終身壽險			投保金額																

本保單主契約之續期保費如超過寬限期間仍未交付者，要保人同意保險公司得自動墊繳保險費。 若要保人不同意者，請在此勾選：不同意

身故保險金或喪葬費用保險受益人	關係：係被保險人之	1、身故保險金或喪葬費用保險金如無指定者，則以被保險人之法定繼承人為受益人，其順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。指定受益人有兩人以上者，若未註明保險給付比例或順位，則採平均分配之。
祝壽保險金受益人	關係：係被保險人之	2、祝壽保險金，除經指定外，受益人均為要保人。 3、全殘保險金受益人限被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。 4、若被保險人於本契約生效日起兩年內且非遭意外傷害事故身故或全殘者，本公司僅按身故或全殘當時之「累積已繳保險費」給付身故或全殘保險金。
保單遞送方式	<input type="checkbox"/> 紙本保單由服務專員轉交 <input type="checkbox"/> 紙本保單由中泰人壽以郵寄方式寄至聯絡地址(無指定者，逕寄至聯絡地址)	

繳別	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 (採月繳者，首期保費須繳2個月)	繳費年期：終身
繳法	首期： <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 信用卡扣款 續期： <input type="checkbox"/> 銀行/郵局帳戶扣款 <input type="checkbox"/> 信用卡扣款 <input type="checkbox"/> 自行繳費 (含劃撥、支票、便利商店繳費及自動櫃員機轉帳) ※若選擇以信用卡扣款或銀行/郵局帳戶扣款者，請另行填寫「保險費繳費授權書」。 ※以信用卡授權繳交保險費，於信用卡扣款成功後，即視為以現金繳納保險費完成；並請注意信用卡帳單逾期未繳款，有關循環利息等事項。	

二、繳費方式：

三、聲明及同意事項：

- 本人(被保險人)同意英屬百慕達商中泰人壽保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱中泰人壽)查閱本人相關醫療記錄及病歷資料。
- 本人(被保險人)同意中泰人壽因業務需要，得依電腦處理個人資料保護法相關規定，對個人資料有為蒐集、電腦處理、傳遞或利用之權利，及轉送產、壽險公會建立電腦連線資料作為其他人壽、產物保險公司受理本人投保時之參考，但其他產、壽險公司仍依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以此資料作為承保與否之依據。

要保人簽名： _____ 未 成 年 人 其 法 定 代 理 人 簽 名： _____

被保險人簽名： _____ 申 請 日 期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※下列由()填寫	通路代碼： CFB	專案代碼： KAJ06A6XX1	※下列由中泰人壽填寫
※下列由受理單位填寫	單位/代號	業務人員	簽署人
收件日期(務必填寫)	()	(名稱) 姓名 業務員登錄字號/身分證字號(編號)	()
民國 年 月 日			
(收件編號)			
			保單號碼
			每期保費(NT\$)
			職業等級