

(This insurance policy is a foreign currency insurance policy. All payments and transactions will be denominated in Assigned Currency.)

要保書文號：中華民國 104 年 10 月 1 日 104 中信壽商發一字第 089 號函申報
Filed for reference with Letter 089 from PDI, CTBC Life dated on 2015.10.01.

核准文號：中華民國 104 年 11 月 20 日金管保壽字第 10402548850 號



要保書文號：中華民國 105 年 1 月 1 日台壽字第 1052000105 號函申報修正
Filed for reference with Letter 1052000105 from Taiwan Life dated on 2016.01.01

◎ 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相關法令，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。

This product has been reviewed by Taiwan Life authorized signatory to confirm it is in line with the general actuarial principle and insurance regulations. In order to secure proposer's rights, and equally weighted both parties' wellbeing, proposer shall thoroughly read through the provision and relevant documents and choose your insurance policy with consideration. Taiwan Life holds the legal responsibility for the authenticity of the contract or illegal act.

◎ 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。

Policy surrender or fail to continue with premium payment may result in unfavorable consequences to the proposer, please be mindful when selecting your insurance policy.

◎ 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（於本公司寄送或交付保險單時起算二十一日內）。應以書面方式通知台灣人壽撤銷保單。

All rights and liabilities are listed in the policy provision; the proposer must thoroughly read through and may cancel this contract by giving a written notice to Taiwan Life within 21 days from the day on which Taiwan Life sent or delivered insurance contract to the proposer.

◎ 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。

This insurance policy is a non-participating policy, in which neither dividend participation nor payment of dividend benefit is granted.

◎ 匯款銀行如為本公司指定銀行者，受款人無需負擔匯款費用，但受款行手續費仍由受款人自行負擔；指定銀行請至本公司網站查詢。

Remittance fee will be waived if the proposer or beneficiaries choose Appointed Bank's foreign currency deposit account and bank to pay or receive related payments while the beneficiary still should bear Inward Remittance Fee. Appointed banks list is provided on Taiwan Life's official website.

◎ 要保書如有疑義或中、英文版本有歧異時，應以中文版本為準。

In this proposal, shall there be any questions or discrepancy between English and Chinese version, the Chinese version shall prevail.

◎ 本公司資訊公開說明文件已登載於網站（www.taiwanlife.com），客戶服務專線為（886）2-8170-5156，地址：臺灣臺北市南港區經貿二路 188 號 8 樓。

The public information about Taiwan Life is available on company's website (www.taiwanlife.com). Customer Service Line : (886)2-8170-5156. Address: 8F, No. 188, Jingmao 2nd Rd., Nangang Dist., Taipei City 115, Taiwan(R.O.C).

保單號碼：_____（由本公司填寫） * 以下資料請以正楷填寫，若有塗改，請要保人於塗改處親自簽名。謝謝！

Policy no. (For Taiwan Life use only) * Print and complete all answers in capital letter. Any changes must be initialed by the proposed insured, thanks!

被保險人 Proposed Insured			
英文姓名 (須與護照相同) English Name as shown on Passport	出生日期 (日/月/年) Date of Birth (DD/MM/YYYY)	日	月 年 MM YYYY
中文姓名 Chinese Name	投保年齡 Issue Age		
護照號碼/身分證號 Passport No./ ID Card No.	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female
國籍 Nationality	電子郵件 E-mail Address		
住 所 地 址 Residential Address			
職 業 Occupation	業務性質 Nature of Business		
聯 絡 電 話 Contact Number	行動電話 Mobile Number		



2107022

◎保單各項通知及文件將以電子郵件或其他約定方式通知要保人。

Notice of policy and other documents will be sent to the proposer via email or other designated methods.

要保人 The Proposer			
<input type="checkbox"/> 被保險人本人 (若為被保險人本人請勾選, 且下列要保人資料無需填寫) Same as the insured (If the proposer is the same as the insured, please check the front square with a "✓" and do not answer this section)			
英文姓名 (須與護照相同) English Name as shown on Passport		出生日期 (日/月/年) Date of Birth (DD/MM/YYYY)	日 月 年 DD MM YYYY
中文姓名 Chinese Name		投保年齡 Issue Age	
護照號碼/身分證號 Passport no./ ID card no.		性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
國籍 Nationality		電子郵件 E-mail Address	
與被保險人關係 Relationship with Insured			
住所地址 Residential Address			
聯絡電話 Contact Number		行動電話 Mobile Number	

◎被保險人投保經歷 Insurance Record of the Proposed Insured

1. 被保險人是否曾申請投保保險或保單復效時, 被拒保、延期、加費承保、附加條件承保或修改合約條款之情形? Had the proposed insured submitted an insurance proposal or policy reinstatement which has been declined, postponed, extra risk charged, conditional risk-taken or special terms modified in policy provisions? <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No 若是, 請詳述公司名稱、申請日期、原因。 If "Yes", please describe the above details of insurance company name, policy submission date and reason.
2. 被保險人現在是否已有購買或正在申請任何保險? <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No Did the proposed insured buy an insurance contract or apply for any one? 若「是」, 請詳述公司名稱、保險種類、保險金額、投保日期。 If "Yes", please describe the above details of insurance company name, insurance type, sum assured and policy submission date.

■ 保險內容及金額 Contract Coverage and Sum Assured

險別名稱 Product Name		約定外幣 Assigned Currency	<input type="checkbox"/> 美元 USD <input type="checkbox"/> 人民幣 CNY <input type="checkbox"/> _____
保險金額 Face Amount	元 \$	每期保險費 Modal Premium	元 \$
繳費期間 Planned Payment years	_____ 年 Year	繳別 Payment Methods	<input type="checkbox"/> 躉繳 Single premium <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 (首期應繳二個月) Annual semi-annual quarterly monthly (Initial premium payment should be paid for the first two months)
繳費方式 Payment Methods	<input type="checkbox"/> 匯款 Remittance <input type="checkbox"/> 金融機構轉帳 Bank Transfer <input type="checkbox"/> 其他: _____ Other		
自動墊繳 Automatic premium loan option	<input type="checkbox"/> 同意 Yes <input type="checkbox"/> 不同意 No	要保人是否同意保險費逾寬限期未繳付時, 以保單價值準備金自動墊繳保險費? Does the proposer agree to use the policy value against premium payment via automatic premium loan option once the proposer fails to pay premiums after the grace period? (墊繳保險費的利息, 自寬限期間終了翌日起, 按當時本公司公告的保險單借款利率計算, 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。)	



2101013

◎受益人資料 Beneficiary

1. 祝壽保險金受益人未指定時，以被保險本人為指定之受益人。
If the beneficiary of maturity benefit is not designated, it will be the proposed insured.
2. 二人以上之受益人請勾選給付方式，勾選依比例者請註明分配比例之百分比(%)，勾選依順位者依序號決定受益順位；給付方式均未勾選者則由該項保險金所有受益人平均分配。
If two or more beneficiaries are named, please select the type of settlement. If [Payable by share Percentage%] is selected, please assign the share percentages. If [Priority] is selected, please list the beneficiaries in the order of priority. If the type of settlement is not specified, proceeds shall be [Payable in equal shares].

保險金種類 Type of benefit	姓名 Name (English and Chinese)	證件號碼 Passport no. / ID no.	與被保險人關係 Relationship to proposed insured	給付方式 Type of Settlement	
身故保險金 Death benefit	(1)			<input type="checkbox"/> 均分 Payable in equal shares <input type="checkbox"/> 順位 Priority <input type="checkbox"/> 比例 Payable by share Percentage% (請註明比例) (Please assign share %)	
	聯絡地址 Residential address:				
	聯絡電話: (O) Contact number		(H)		行動電話 Mobile number
	(2)				
	聯絡地址 Residential address:				
	聯絡電話: (O) Contact number		(H)		行動電話 Mobile number
	(3)				
	聯絡地址 Residential address :				
聯絡電話: (O) Contact number		(H)	行動電話 Mobile number		
祝壽保險金 Maturity benefit	姓名 Name (English and Chinese)	證件號碼 Passport no. / ID no.	與被保險人關係 Relationship to proposed insured	給付方式 Type of settlement	
	(1)			<input type="checkbox"/> 均分 Payable in equal shares <input type="checkbox"/> 順位 Priority <input type="checkbox"/> 比例 Payable by share Percentage% (請註明比例) (Please indicate share %) 倘保險金選擇以匯款方式給付者，請參照存摺填寫： Please refer to the bankbook if the benefit payment is made by remittance. _____銀行 Bank name _____分行 Branch code 帳號：_____ Account no.	
	(2)				
	(3)				

<input type="checkbox"/> 是 Yes	<p>本人(要保人)已知悉「身故保險金受益人」如係身分別之指定及本人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以本人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。</p> <p>I, the proposer, understand and agree that if the residential addresses and contact numbers of designated beneficiaries of death benefit are not available, Taiwan Life will use the last contact information provided to notify the death beneficiaries.</p>
-----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

◎被保險人告知事項 Medical and Occupational declaration of insured :

「被保險人告知事項」務請要保人及被保險人親自據實回答，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，本公司得解除保險契約。

"Medical and Occupational declaration of insured" should be responded truthfully by the proposer and the proposed insured, and if there is any deliberate concealment, negligent nondisclosure, or misrepresentation, TAIWAN Life may rescind this contract.



2107024

身高 Height	公分 CM	被保險人目前服務單位 Current employer of the Insured	實際工作內容 Duty detail	兼職工作內容 Part time job detail		
體重 Weight	公斤 KG					
1. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？ Does the Insured currently have any symptom of blindness, partitutumism, limbs, speech or chew functional disturbance ?					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
2. 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？ A. 高血壓症（指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 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。B. 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。C. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。D. 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（GPT、GOT 值超過 40 IU/L 以上）。E. 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。F. 視網膜剝離或出血、視神經病變。G. 癌症(惡性腫瘤)。H. 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。I. 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。J. 紅斑性狼瘡、膠原症。K. 愛滋病或愛滋病帶原。 In the past 5 years, have the Insured been suffered from following diseases and received any treatment, diagnosis by doctors, or taken any medicine ? A High blood pressure(Refers to systolic pressure over 140mmHg or diastolic pressure over 90mmHg),angina pectoris, myocardial infarction, myocardial hypertrophy, endocarditis, rheumatic heart disease, congenital heart disease, aortic aneurysm, arrhythmias (heart block, atrial / ventricular fibrillation, premature contraction), heart valve prolapse or insufficiency. B Cerebral stroke (cerebral hemorrhage, cerebral embolism), cerebral tumor, cerebral artery hemangioma, cerebral artery sclerosis, epilepsy, Parkinson's disease, myasthenia gravis, transient ischemic attack, muscle atrophy, psychosis C Pulmonary emphysema, Bronchiectasis, Pneumoconiosis and, Pulmonary tuberculosis D Hepatitis, Intrahepatic duct stone, Cirrhosis, Liver function abnormal(The GPT or GOT value surpasses above 40 IU/L) E Nephritis, Nephrotic syndrome, Uremia, Cystic kidney, Kidney dysfunction F Retinal hemorrhage or detachment, Optic nerve disease G Cancer (malignant tumor) H Leukemia, hemophilia, anemia (aplastic anemia, Thalassemia), purpura I Diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, acromegaly, hyperthyroidism, hypothyroidism, hyperparathyroidism, hypoparathyroidism, hypopituitarism, hyperpituitarism J Collagen disease, Systemic Lupus Erythematosus K AIDS, HIV carrier					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
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？ A. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。B. 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。C. 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。D. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。E. 痛風、高血脂症。F. 青光眼、白內障。 In the past year, have the Insured been suffered from following diseases and received any treatment, diagnosis by doctors, or taken any medicines ? A Alcohol or Drugs abuse, Dizziness. B Esophagus ulcer, esophagus hemorrhage, stomach hemorrhage, gastric ulcer, duodenal hemorrhage, duodenal ulcer, ulcerative colitis, pancreatitis C Hepatitis virus carrier, jaundice, liver abscess. D Asthma, pulmonary embolism, lung abscess, chronic bronchitis E Gout, hyperlipemia. F Cataract, glaucoma.					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
4. 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？ In the past two months, have the Insured been diagnosed by any doctor or taken medicines for any sickness or injury ?					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
5. 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） In the past 2 years, have the Insured been suggested to take other examination or treatment due to abnormal results of physical examination ?					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
6. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ In the past 5 years, have the Insured been hospitalized more than seven days due to injuries or sickness ?					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
女性被保險人，請回答第 7 至 8 項： For female insured, please answer question 7 and 8 :						
7. 過去一年內是否曾患有乳腺炎、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？ In the past year, have the Insured been suffered from Mastitis, endometriosis, vagina bleeding, galactorrhea and received any treatment, diagnosis by doctors, or taken any medicines ?					<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No



2107025

8. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？ Is the Insured pregnant? If yes, how many weeks?	<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

以上如回答「是」者，請標明題號並將大約發病時間、病名、治療院所、大約治療方式、大約治療期間及結果記明於下：
If you answered "yes" to the above questions, please specify the question number and provide the approximate time of occurrence, disease name, treatment institute, method of treatment, period of receiving treatment and the result here.

※招攬人員是否出示合格銷售資格證件？ Has the insurance solicitor shown a valid solicitor certificate for your perusal?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 Yes No
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

※要保書之聲明事項係要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：
Declaration of insurance proposal contains the following agreements the proposer and proposed insured shall authorize:

1. 本人（被保險人）同意台灣人壽保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
I (The proposed insured) agree Taiwan Life to obtain the records of treatment and medical history of the insured from the related hospitals, clinics or doctors.
2. 本人（被保險人、要保人）同意台灣人壽保險股份有限公司將本要保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。
I(The proposed insured, the proposer) agree Taiwan Life to transmit my personal data on this proposal to Non-Life and Life Insurance Associations of R.O.C., and further agree the members of Non-Life and Life Insurance Associations of R.O.C. have the right to access and retrieve the data as a reference for the underwriting and claim processes. However, the insurers shall make the underwriting and claim decisions in accordance with the established underwriting and claim procedures rather than entirely relying on the data.
- 3 本人（被保險人、要保人）同意台灣人壽保險股份有限公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
I(The proposed insured, the proposer) agree Taiwan Life to collect, process, and use my personal data on this proposal under the scope of "Personal Information Protection Act" of Taiwan.



8101011

要保人簽章：_____ (未滿7足歲由法定代理人代簽章)
Signature of the Proposer (Signed by legal representative if the proposer is under the age of 7.)

被保險人簽章：_____ (未滿7足歲由法定代理人代簽章)
Signature of proposed insured (Signed by legal representative if the proposer is under the age of 7)

法定代理人簽章：_____ (請註明關係 Relationship：_____)
Signature of legal representative:

申請日期：_____年_____月_____日
Date signed Year Month Day

(若要保人 / 被保險人未滿 20 足歲，需其法定代理人一併簽章)
(If the proposer or the proposed insured is under the age of 20, a co-signatory of his/her legal representative is required.)

業務人員簽名：_____
Signature of sales representative

保經保代
簽署人章：_____
Signature of sales representative From Agency & Brokerage

登錄字號：_____
Certificate No. of sales representative

..... 受理欄



以外幣收付之非投資型人身保險客戶適合度調查評估表

要保人購買以外幣收付之非投資型人身保險的目的（最少需勾選1項，可複選，請打勾）

註：本表各問題選項請以實際目的勾選（每項為獨立目的），評估時選項中有非為您購買本保險目的之選項時，則該項無須勾選。

目的	問題	是	否
1. 多元資產配置	目前有外幣資產或投資，如外匯存款、海外基金、國外的股票…等？		
	過去曾購買以外幣計價之保險商品或各類投資工具？		
	未來有規劃持有外幣資產或投資？		
2. 教育資金準備	未來子女要出國留學？		
	該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？		
3. 購屋資金準備	未來要在國外置產？		
	該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？		
4. 養老生活資金準備	退休後規劃到國外長住，養老、生活或旅遊？		
	該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？		
5. 遺族生活資金準備	保險金受益人居住於國外？		
	該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？		
6. 海外醫療準備	未來有海外經商、出國留學或到國外長住、養老、生活之規劃？		
	該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？		

7. 其他(請說明)

以上調查評估結果：

➢ 欲投保以外幣收付之非投資型人壽保險或年金保險者：

目的1至目的5任一目的所屬問題選項有勾選「是」或有說明其他購買目的者，表示未來有外幣需求，為本保險適合的銷售對象。

➢ 欲投保以外幣收付之非投資型健康保險者：

目的6所屬問題選項有勾選「是」或有說明其他購買目的者，表示未來有外幣健康保險需求，為本保險適合的銷售對象。

若無任一目的所屬問題選項有勾選「是」且未說明其他購買目的者，表示未來無外幣需求，非為本保險適合的銷售對象。

根據調查結果評估是否為本保險適合的銷售對象？

適合的銷售對象，請繼續以下問題

問題	是	否
1. 請確認有外幣需求及承擔匯率風險的能力？		
2. 業務員是否已向要保人說明於繳納保險費，或領取各種保險金、解約金等款項，以新臺幣兌換外幣、或外幣兌換新臺幣時，可能有匯率風險？		
3. 業務員是否已向要保人說明購買以外幣收付之非投資型人身保險，應由要保人或保險公司所負擔銀行收取之匯率差價、匯款手續費、郵電費及其他費用？		
4. 業務員是否已向要保人說明外匯及其他相關主管機關有關法令規定？		
5. 業務員是否已向要保人說明本公司所提供「以外幣收付之非投資型人身保險匯率風險說明書」之內容？		

本人(即要保人)已經了解上列所述各項問題並已確實勾選。

要保人簽章：_____ 法定代理人簽章：_____

業務人員/保險經紀人/保險代理人簽名：_____

申請日期：_____年_____月_____日



業務人員招攬報告書

主約險種/保單號碼：_____ 要保人：_____ 被保險人：_____
專案代碼：□□□□□□□□□□□□□□□□□□

◎本契約已於「e化網路報備專區」完成報備，報備編號：□□□□□□□□□□□□□□□□□□

業務人員於從事保險招攬時，有誠實填寫本招攬報告書之義務，並應確實評估要保人/被保險人之財務狀況，及確實評估保額與保障需求間之適當性，並了解要保人/被保險人之投保目的及保障需求、財產狀況、付費能力及保額規劃原因等，不得僅以理財、節稅作為招攬之主要訴求。

(一)業務人員招攬經過說明：

- 1. 您經由何種關係認識要保人及被保險人？□業務人員本人/親屬□團學保職域/舊保戶□親友/保戶介紹□陌生拜訪□主動投保。
2. 您與被保險人是否為本人/配偶/子女/父母關係？□否；是，請勾選□本人/配偶/子女 □父母。
3. 您認識被保險人多久？□一個月內□一個月至半年以內□半年至二年□二年以上。
4. 要保人及被保險人之投保目的、動機及需求為何？□保障□理財規劃□退休規劃□子女教育經費□其他，請說明：_____。
5. 您是否親晤要保人及被保險人，並確認要保人及被保險人親自簽署相關文件？□是 □否，原因：_____。
6. 您是否已確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係，並已確認受益人之指定，係經被保險人同意？□是 □否，原因：_____。
7. 身故保險金受益人是否指定配偶、直系親屬，或法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？□是 □否，原因：_____。
8. 您是否已確認要保人、被保險人及受益人身分？是否已要求要保人與被保險人出示身分證明文件(身分證、護照、駕照、或其他足資證明其身分之文件等)，並確認與要保書填載之內容相符？□是 □否，原因：_____。
9. 您是否已確認要保書填載之要保人及被保險人住所地址，非您本人之住所地址？□是 □否，原因：_____。
10. (非投資型保險免填)您是否已提供建議書供保戶參閱，並確認與要保書填載之內容相符？□是 □否。

(二)業務人員第一線財務核保說明事項：

Table with 3 columns: Field (Occupation, Income, Assets), Insured (國籍), and Policyholder (國籍). Rows include 職業及工作內容, 個人年收入, 家庭年收入, and 資產.

◎若被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和；若被保險人為未成年或尚未就業之在學學生，請於家庭年收入欄位填寫父母或法定代理人年收入總和。

- 1. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險？□是 □否。
2. 若年繳化保險費總計(含同業)超過被保險人家庭年收入 30%時，請說明保險費規劃原因：_____，及保費來源：□薪資收入或公司紅利□投資收入□儲蓄□退休金□財產繼承□貸款□其他：_____。
3. 被保險人總投保金額(含同業)超過被保險人家庭年收入之規範倍數時，請說明保額規劃原因：_____。

(三)(傳統型年金保險免填)瞭解並評估要保人與被保險人保險需求及適合度：

- 1. 您是否已確認要保人已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買保險商品？□是□否，原因：_____。
2. 您是否已充分評估要保人投保險種、保險金額及保險費支出與其保障需求間已具相當性，並已確認其保單適合度？□是 □否，原因：_____。

(四)對於上述問項如須詳細說明者，煩請補述說明：_____。

◎OIU 保單遞送方式：□業務人員親送□國際郵件寄送至要保人住所(如未勾選則以國際郵件寄送)

◎保戶投保分紅保單者，本人(業務人員)已確實告知要保人保單紅利為非保證給付項目，可能會變動為較高或較低之數字，本人未向要保人做任何保證。◎本人(業務人員)及本人所屬之業務主管均已確實審視本報告書各問項之填寫，內容屬實無誤，如有隱瞞或虛構情事，願承擔完全責任。

Signature and stamp section with columns for Business/Agent/Broker signature, Date, Business Manager signature, and Communication/Client Specialist/Underwriting Unit handling.



台灣人壽保險股份有限公司
要保人/被保險人財務告知書

保單號碼：（由本公司填寫）	要保人姓名：	被保險人姓名：	法定代理人姓名：
		（要/被保險人同一人，免填被保險人以下資訊）	（要/被保險人未成年者，請填法定代理人以下資訊）
一、要保人/被保險人/法定代理人之工作狀況：			
1. 服務公司名稱/營業項目：	公司名稱： 營業項目：	公司名稱： 營業項目：	公司名稱： 營業項目：
2. 職位/工作性質/年資：	職 位： 工作性質： 年 資：	職 位： 工作性質： 年 資：	職 位： 工作性質： 年 資：
3. 是否為公司股東？ （如勾「是」，請續填下列A、B、C）	<input type="checkbox"/> 是，所佔股份比例？____% <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，所佔股份比例？____% <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，所佔股份比例？____% <input type="checkbox"/> 否
A. 過去3年該公司之營業額：	去年： 萬元 前年： 萬元 大前年： 萬元	去年： 萬元 前年： 萬元 大前年： 萬元	去年： 萬元 前年： 萬元 大前年： 萬元
B. 過去3年該公司之稅前利潤：	去年： 萬元 前年： 萬元 大前年： 萬元	去年： 萬元 前年： 萬元 大前年： 萬元	去年： 萬元 前年： 萬元 大前年： 萬元
C. 總資產/負債總額：	總資產： 萬元 負債總額： 萬元	總資產： 萬元 負債總額： 萬元	總資產： 萬元 負債總額： 萬元
二、要保人/被保險人/法定代理人之財務狀況：			
1. 動產（如：定存、股票...等）：	市 值： 萬元	市 值： 萬元	市 值： 萬元
2. 不動產：	座落地點： 市 價： 萬元	座落地點： 市 價： 萬元	座落地點： 市 價： 萬元
3. 年新資收入（含紅利獎金）：	萬元	萬元	萬元
4. 其他收入（如：房租、利息...等）：	萬元	萬元	萬元
5. 往來銀行名稱及存款額度：	往來銀行： 存款額度： 萬元	往來銀行： 存款額度： 萬元	往來銀行： 存款額度： 萬元
6. 借貸種類及負債總額（如：銀行借款資訊、退票/拒往資訊、信用卡資訊、債務協商還款金額資訊、逾期催收或呆帳資訊（含票信）、股票質押資訊...等）：	借貸種類： 負債總額： 萬元	借貸種類： 負債總額： 萬元	借貸種類： 負債總額： 萬元
三、要保人/被保險人/法定代理人之居所狀況：			
1. 居住房屋：	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 公司付租	<input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 宿舍	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 公司付租
2. 房屋種類：	<input type="checkbox"/> 大廈 <input type="checkbox"/> 別墅 <input type="checkbox"/> 住家兼店面	<input type="checkbox"/> 公寓 <input type="checkbox"/> 透天厝	<input type="checkbox"/> 大廈 <input type="checkbox"/> 公寓 <input type="checkbox"/> 別墅 <input type="checkbox"/> 住家兼店面
3. 居住時間及地址：	居住時間： 地 址：	居住時間： 地 址：	居住時間： 地 址：
四、投保目的（可複選）： <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）：			
五、其他：			

※要保人/被保險人聲明事項：

本人（含要保人及被保險人，以下同）已盡可能的提供完整且真實之資料，做為 貴公司審核本人投保保險契約的依據。本人保證以上所陳之資料並無隱瞞或不實而足以影響 貴公司對此報告書之評估及接受性。

※備註：

本公司依「個人資料保護法」對本人（含要保人及被保險人）之個人資料，不得透露予不相關之第三人。

要保人簽章：_____ 被保險人簽章：_____

（未滿7足歲由法定代理人代簽）

法定代理人簽章：_____（請註明關係：_____） 業務人員/經紀人/代理人簽名：_____

（若要保人/被保險人未滿20足歲，需其法定代理人一併簽章）

申請日期：_____年_____月_____日 保經/保代受理章：_____



中國信託金控

台灣人壽



XXXXXXXX

台灣人壽保險股份有限公司 蒐集、處理及利用個人資料告知書

台灣人壽保險股份有限公司(下稱本公司)謹依個人資料保護法向 您告知下列事項，請 您詳閱：

- 一、 蒐集目的：為履行或評估人身保險(00一)、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)等目的。
- 二、 資料類別：要保人、被保險人、受益人、其他關係人之姓名、身分證統一編號、聯絡方式及本公司各類業務所需文件、表單或申請書內容，及被保險人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。
- 三、 資料來源：
 - (一)要(被)保人。
 - (二)當事人之法定代理人或輔助人。
 - (三)各醫療院所。
 - (四)與第三人交互運用客戶資料、合作推廣關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。
- 四、 利用之期間、對象、地區、方式：
 - (一)期間：執行業務所必須及依法令規定時間應為保存之期間。
 - (二)對象：本(分)公司、合作推廣公司、壽(產)險公會、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、財團法人金融消費評議中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、再保險業務往來公司、海外急難救助公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
 - (三)地區：上述對象所在地區。
 - (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，您就本公司保有 您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、查詢、請求閱覽或請求製給個人資料複製本。
 - 2、請求補充或更正個人資料。
 - 3、請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除個人資料。
 - (二)行使方式：書面或撥打本公司 (886)2-8170-5156 客服專線行使。
- 六、 若 您不提供個人資料致本公司可能延後或無法進行必要之審理及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供您完善的人身保險及其他經主管機關核准之服務。



台灣人壽保險股份有限公司

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

台灣人壽保險股份有限公司

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





台灣人壽保險股份有限公司

美國海外帳戶稅收遵循法案說明書 Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)

- 本公司為因應遵循美國外國帳戶稅收遵從法案(Foreign Account Tax Compliance Act, 以下簡稱FATCA)事宜,於103年7月1日開始配合採行相關措施以符合相關規範,相關措施可能影響當事人權益。
- 當事人了解本公司將提供美國國稅局關於本公司客戶中屬於美國公民、綠卡持有人或其他美國稅法定義之稅務居民之相關資訊,包括美國身分之帳戶持有人姓名、地址及納稅人識別碼(Taxpayer Identification Number, 簡稱TIN)、美國實質股東資訊、帳號、帳戶餘額或價值,及全球來源之收入總額或付款總額等資料。
 - 若當事人符合下表「3. 美國納稅義務人」身分,須提供本公司美國Form W-9 (Request for Taxpayer Identification Number and Certification)。
 - 若當事人非屬下表「3. 美國納稅義務人」,亦非為美國註冊之公司、美國企業在台之分公司或辦事處,須提供非美國人之相關身分證明表單(包含但不限於Form W-8系列、身分證明影本、棄籍證明等)。
- 當事人提交予本公司之文件(包含但不限於填報之美國國稅局稅務文件、FATCA身分別聲明及相關身分證明文件)內容若有不實或不完整,可能造成當事人之直接、間接或潛在之損失或額外的稅上負擔,當事人須自行承擔,本公司不負擔任何責任。
- 本說明書非屬本公司提供之稅務或法律建議,當事人如有任何稅務或法律上的問題,應自行洽詢會計師或律師提供建議。

美國海外帳戶FATCA身分聲明書【個人適用】

當事人*姓名: _____ 身分證號碼: _____ 國籍: _____ 出生地: 非美國 美國(含美國屬地)
 *當事人:於「新投保」或「變更要保人」時係指要保人;於申領「保險給付」時係指該保險給付的受益人。

(以下請擇一勾選) FATCA 身分		應提供文件
<input type="checkbox"/> 1. 本人不具下列「2. 美國身分跡象」,也非「3. 美國納稅義務人」。		
<input type="checkbox"/> 2. 美國身分跡象	相關文件顯示具美國公民身分或永久居留權、出生地為美國、具美國住址或聯絡地址(含郵政信箱)、具美國電話號碼、代理人或代簽人具美國地址、轉信地址或代存郵件地址為客戶唯一地址。	1. 身分證件影本 2. 表格 W-8BEN 3. 棄籍證明**/其他合理書面解釋 ** : 限出生地為美國,或相關文件顯示具美國公民身分,或有永久居留權時提供。
<input type="checkbox"/> 3. 美國納稅義務人	(1) 美國公民、美國永久居留權(包含但不限於持有綠卡);或 (2) 未持有外交公務/留學/國際組織員工/交換訪問學者/非學術性留學生/具有傑出才能的人員等簽證,但符合下述: 今年停留於美國(含本土、海外領土及領海)天數累計 31 天以上;且(今年停留美國天數+去年停留美國總天數之 1/3+前年停留美國天數之 1/6)達 183 天以上。	表格 W-9
<input type="checkbox"/> 本人已提供過相關文件予台灣人壽保險股份有限公司(以下簡稱貴公司),截至今日內容並無變更。		

本人特此聲明:

- 已詳細閱讀並確實了解本表內所載之訊息,如具上表「2. 美國身分跡象」或「3. 美國納稅義務人」但未詳實聲明,將可能受美國偽證罪之處罰。
 - 本人最遲應於上表「FATCA身分」變動日起30天內主動書面通知貴公司。
- 本人了解並同意:
- 貴公司為證實上開聲明內容,得向本人索取相關證明文件,並代理本人向美國稅法的扣繳義務人出示本聲明書或交付本聲明書之複本,以協助本人聲明是否為美國納稅義務人。
 - 貴公司有權合理認定上開聲明內容之真偽或變更情形而對本人帳戶權利為必要的處置行為,如辦理美國稅扣繳。
 - 本人並已詳細閱讀【附錄】個人資料保護法告知事項聲明書,了解其規定與要求,並特此同意貴公司蒐集、處理及利用本人的個人資料。
 - 配合貴公司遵循國內外稅務法令(包含但不限於中華民國相關法令及美國海外帳戶稅收遵循法)、條約或國際協議的必要措施,包含:
 - 調查本人之國籍與稅籍稅務資料,將稅籍資料及帳戶資訊揭露予中華民國政府及美國聯邦政府;
 - 調查結果顯示本人與貴公司間的關係符合國內外稅務法令、條約或國際協議的特定條件*時,為本人辦理稅款扣繳之結算。
 *特定條件:包含但不限於本人未能提供、未能據實出具應提供的相關文件等情形。

敬請當事人依留存之簽章樣式親自簽名,如有虛偽不實,簽章人應負法律責任;未滿七足歲由法定代理人代簽,七足歲(含)以上但未滿二十足歲者由本人及法定代理人簽名。

當事人簽章: _____

法定代理人簽章: _____ (與當事人關係: _____)

日期 _____ 年 _____ 月 _____



【附錄】個人資料保護法告知事項聲明書

—美國海外帳戶稅收遵循法遵循事宜—

緣台灣人壽保險股份有限公司(下稱「本公司」)參與遵循美國海外帳戶稅收遵循法案(Foreign Account Tax Compliance Act, 下簡稱「FATCA 法案」), 與美國財政部國稅局簽定外國金融機構協議, 及依據我國與美國所簽署之 Agreement between the Government of the United States of America and the Government of Taiwan for Cooperation to Facilitate the Implementations of FATCA (下稱「IGA 協議」), 負有辨識台端是否具有美國公民或稅務居民身分之義務, 本公司茲請求台端配合遵循 FATCA 法案及 IGA 協議之相關規定, 並依我國個人資料保護法規定, 向台端告知下列事項:

一、個人資料蒐集、處理及利用之目的及類別

本公司為辨識台端身分, 並於必要時申報具有美國公民或稅務居民身分之保單資訊予美國政府及我國權責主管機關, 經台端提供之相關個人資料及留存於本公司之一切保險契約交易資訊, 包括但不限於姓名、出生地及出生日期、國籍、地址、電話號碼、美國稅籍編號、保單號碼及保單現金價值金額等, 將因本公司遵循 FATCA 法案及 IGA 協議之需要, 由本公司蒐集、處理及利用。

二、個人資料利用之期間及方式

於遵循 FATCA 法案及 IGA 協議之必要年限內, 本公司就所蒐集之台端個人資料將於前述特定目的範圍內, 以書面、電子文件、電磁紀錄、簡訊、電話、傳真、電子或人工檢索等方式為處理、利用與國際傳輸。

三、個人資料利用之地區

為履行 FATCA 法案及 IGA 協議下之相關義務, 台端個人資料將於我國及美國地區受利用。

四、個人資料利用之對象

為履行 FATCA 法案及 IGA 協議下之相關義務, 台端個人資料將由本公司、我國權責主管機關及美國政府所利用。

五、個人資料之權利行使及其方式

台端如欲行使上述個人資料保護法第三條規定之各項權利, 有關如何行使之方式, 請洽本公司客戶服務專線 0800-099850 或 (02) 81705156 或於本公司網站(網址: www.taiwanlife.com) 查詢。

六、個人資料之提供

台端得自由選擇是否提供相關個人資料, 惟若台端拒絕提供為遵循 FATCA 法案及 IGA 協議所需之個人資料、或嗣後撤回、撤銷同意或提供資料不足, 本公司仍可能須將台端之保單資訊申報予美國政府及我國權責主管機關, 並依美國海外帳戶稅收遵循法之規定將台端帳戶列為「不合作帳戶」(Recalcitrant Account), 及依法對特定帳戶存入款項扣繳百分之三十之美國稅款, 敬請見諒。



人壽保險/健康保險投保人須知(OIU)

(本須知僅供參考，有關投保之具體權利義務，請詳保單條款之約定)

~台灣人壽

- 一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。
說明：保險業務員管理規則第六條規定：「業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。」如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。
- 二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。
說明：(一)保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明」又「要保人故意隱匿，或因過失遺漏，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。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」「前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或自契約訂立後，經過二年不行使而消滅。」
(二)因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書及體檢表內各項，以及保險公司指定醫師檢查健康狀況時之詢問事項，都需要實實在在詳詳細細的說明或填寫清楚，不能有過失遺漏、故意隱瞞或告知不實情事。(例如：被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？應據實告知)否則，保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約。(不過，保險公司須在知有解除原因後一個月內行使)；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人(或被保險人)能證明保險事故發生原因與未告知事項無關。且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。
- 三、要保人繳費累積達有保單價值準備金而終止契約時，保險公司於接到通知後，一個月內償付解約金。
說明：(一)解約金是要保人按時繳付保險費，在保險期間內終止契約，保險公司結算已繳付保險費扣除契約應分攤保險給付成本及各項費用後，經主管機關核定，應返還要保人的金額。
(二)關於歷年的解約金標準，保險單上面都有記載，可以作為參考。
(三)保險契約的終止，自保險公司收到要保人書面通知開始生效。
(四)保險契約之解約金依各險種條款之約定辦理，如無解約金者，將於條款險種中名稱項下標註，並退還未到期保險費予要保人。
- 四、除外責任。
說明：(一)保險公司依照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任。
 1. 要保人或受益人故意致被保險人於死者(參考保險法第一二一條)。
 2. 被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺，或因犯罪處死或拒捕或越獄致死者(參考保險法第一〇九條)。
(二)此外在人壽及健康保險單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍，可以參閱。
- 五、保險責任始期及續期保險費過期而未繳付，保險契約會自動停止效力。
說明：(一)保險公司的保險責任，是自保險公司同意承保且要保人交付第一期保險費時開始，保險公司並應發給保險單作為承保的憑證。若在保險公司簽發保險單前已先行交付相當於第一期的保險費而發生應予給付的保險事故時，保險公司仍負保險責任。
(二)第二期以後的分期保險費，年繳或半年繳者自催告翌日起、月繳或季繳者自保險單所載交付日期之翌日起有三十天的「寬限期間」，如果超過寬限期間仍不繳付保險費，保險契約即自動停止效力。
(三)要保人得於要保書或繳費寬限期間終了前以書面聲明，當其繳付保險費累積達有保單價值準備金時，如果續期保險費超過寬限期間仍未繳付，保險公司可將保險契約當時的保單價值準備金扣除保險單借款本息之餘額後，自動墊繳應繳保險費及利息使契約繼續有效，直到保單價值準備金之餘額不足墊繳一日的保險費時，保險契約的效力自寬限期終了翌日起停止。上述保險費的自動墊繳，要保人亦得於次一墊繳日前以書面通知保險公司停止自動墊繳。



- (四)「停效」的保險契約，自停效日起二年內，要保人可以申請復效。復效申請須經保險公司同意，且要保人清償欠繳的保險費扣除停效期間的危險保險費之餘額後，保險契約自翌日起恢復效力。
- (五)要保人未申請復效，於停效期間屆滿時，保險契約之效力即行終止，若保險契約已累積達有保單價值準備金，而要保人未申請墊繳保險費或變更契約內容，保險公司應主動退還剩餘之保單價值準備金。

六、保險費繳付累積達有保單價值準備金時，方可以申請保險單借款。

說明：(一)繳付保險費達有保單價值準備金時(參考保險契約歷年解約金的開始年度)，要保人可以在保單價值準備金範圍內，向保險公司申請保險單借款。

(二)不是投保後馬上就可以申請借款，也不是可以借得已繳的全額保險費。

七、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知道你投保的內容，及維護你的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

八、契約撤銷權：要保人於保險公司寄送或交付保險單時起算二十一日內，得以書面檢同保險單向保險公司撤銷保險契約。前述撤銷之效力自要保人書面之意思表示到達翌日零時起生效，保險契約自始無效，保險公司應無息退還要保人所繳保險費；契約撤銷生效後所發生的保險事故，保險公司不負保險責任。但契約撤銷生效前，若發生保險事故者，視為未撤銷，保險公司仍應依本契約約定負保險責任。

九、被保險人為未滿十五足歲之未成年人，或精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者，其身故保險金給付之限制。

說明：(一)訂立本契約時，以未滿十五足歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五足歲之日起發生效力；被保險人滿十五足歲前死亡者，本公司得加計利息退還所繳保險費或返還投資型保險之保單帳戶價值。

(二)訂立本契約時，以精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者為被保險人，其喪葬費用保險金額總和(不限本公司)，不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費用扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。

(三)前開內容在保單條款都有詳細規定，可以參閱。

十、本保險商品受保險安定基金之保障。

說明：保險安定基金之保障適用於依我國法律設立許可之本(外)國人壽保險業在我國境內銷售之有效保險契約，但不包括下列契約：

1. 未經我國法令許可之保險業在國內所銷售之保險契約。
2. 國內壽險業之國外(總)分支機構在國外銷售之保險契約。
3. 保險商品之專設帳簿部分。
4. 依據勞工退休金條例年金保險實施辦法規定銷售之勞退企業年金保險契約及勞退個人年金保險契約。

十一、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：

說明：要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定先向保險業提申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向爭議處理機構申請評議。