



我願意投保友邦人壽保險，並瞭解友邦人壽保留核發保單與否之權利

編號：

免費服務及申訴專線：0800-012666

友邦人壽資訊公開說明文件依法登載於友邦人壽網站<<http://www.aiaco.com.tw>>供消費者查閱，消費者亦可至友邦人壽查閱下載或索取書面文件。

1. 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。
2. 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。
3. 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(收到保單翌日起算三十日內)。

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。

投保友邦人壽新常青終身壽險者，被保險人在本契約生效日起兩年內且非遭受意外傷害事故身故或致成完全殘廢者，本公司僅按身故或致成完全殘廢當時之「累積已繳保險費」給付身故或完全殘廢保險金，本公司給付身故或完全殘廢保險金後，本契約即行終止。本保險當被保險人身故(完全殘廢視同身故)致契約終止時，因其費率計算已考慮死亡脫退因素，故其他未給付部份無解約金。

*本商品不問病史、免體檢，故保險費率可能較一般終身壽險高。

要保人

姓名	身分證字號	生日(民國)	與被保險人關係
Email			
聯絡地址			
公司電話	住家電話	行動電話	

被保險人(同要保人)

姓名	身分證字號	生日(民國)	性別
Email			婚姻狀況
聯絡地址	聯絡電話		

受益人

1. 請指定身故保險金受益人，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。
2. 指定受益人有兩人以上者，若未註明保險金給付比例或順位，則採平均分配之。
3. 祝壽保險金，除經指定外，受益人均為要保人。

身故保險金受益人姓名	與被保險人關係
------------	---------

投保內容 (幣值單位：新台幣/元)

保險種類	投保金額	合計保費
主契約：友邦人壽新常青終身壽險—終身繳費	元整	元整
<input type="checkbox"/> 附約/附加條款：友邦人壽新常青傷害醫療保險附約	元整	

被保險人依附約續保生效當時計算之年齡在七十六歲及以上時，倘續保前之傷害醫療保險金日額未超過新台幣2,500元(含)者，以續保前之傷害醫療保險金日額續保；倘續保前之傷害醫療保險金日額超過新台幣2,500元者，最高續保傷害醫療保險金日額降為新台幣2,500元，並以變更後的續保保險金日額重新計算收取續保保險費。

繳別/繳費方式

繳別	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳
繳費方式	<input type="checkbox"/> 自行繳費(現金) ※匯款帳號：_____戶名：英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司 <input type="checkbox"/> 信用卡自動轉帳 <input type="checkbox"/> 郵局/銀行帳戶自動轉帳 ※選擇自動轉帳繳費者，請另填授權書/委託書。 (續期若有不同繳費方式，請另勾選下列選項) <input type="checkbox"/> 自行繳費(現金) <input type="checkbox"/> 信用卡自動轉帳 <input type="checkbox"/> 郵局/銀行帳戶自動轉帳 ※選擇自動轉帳繳費者，請另填授權書/委託書。

保險費的墊繳

續期保費如超過寬限期仍未交付者，保險公司得自動墊繳應繳的保費及利息：1. 同意 2. 不同意

(自動墊繳之範圍包括本契約及其附加之附約、附加條款；自動墊繳方式及順序係本契約及其附約當時的保單價值準備金自動墊繳本契約及其附約、附加條款之應繳的保險費及利息，使本契約及其附約、附加條款繼續有效，惟保單價值準備金不足墊繳一期保險費時，則依天數比例計算可墊繳天數。)

聲明事項

1. 被保險人同意英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
2. 被保險人同意英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司將本要保書上載本人資料轉送產、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。
3. 被保險人、要保人同意英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司得依「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。

※要保人及被保險人已知悉本要保書所載聲明事項之內容，並同意接受其相關內容之約束。

*保單寄送方式：業務員轉交 以掛號寄送要保人(若無勾選者，一律以掛號寄送要保人)

要保人簽名

被保險人簽名

要保人請務必親自簽名。若要、被保人同一人
僅須在此欄位簽名。

被保險人請務必親自簽名。

*以下由保經(代)/友邦人壽填寫

通路別	單位名稱	業務員姓名	業務員編號	業務員電話	保經(代)簽署章/友邦人壽收訖章	保單號碼
本人已核對要保人、被保險人身分無誤，且確認要保人、被保險人親簽本要保書						Agent Code：

請詳細填寫要保書，郵寄或傳真(02)6605-6065

990211-k