

# 中華郵政股份有限公司郵政簡易人壽保險恢復契約效力申請書

申請日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 經辦局：\_\_\_\_\_

保單號碼	保險種類	種類代號	保險金額	要保人姓名
------	------	------	------	-------

附約保險種類			附約種類代號			附約保險金額/日額			停效前最後繳費年月		
1.	2.	3.	1.	2.	3.	1. 元	2. 元	3. 元	年	月	日

姓名	出生日期	年	月	日	身分證一編號
----	------	---	---	---	--------

被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? 是, 否 如勾選是者, 請提供。  
 職業代號: \_\_\_\_\_ 職業分類: 第 \_\_\_\_\_ 類(職業及兼職如有異動, 本公司將自動更新契約職業類別代號)

一、職業: \_\_\_\_\_ 工作內容(含兼職): \_\_\_\_\_ 身高: \_\_\_\_\_ 公分, 體重: \_\_\_\_\_ 公斤

被保險人告知事項	二、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?	請勾選 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	八、過去二年內是否曾因患有下列疾病, 而接受醫師治療、診療或用藥? (一) 高血壓症(指收縮壓 140 mmHg 舒張壓 90 mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌梗厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 (二) 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、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。 (三) 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 (四) 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值超過 40IU/L 以上)。 (五) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 (六) 視網膜剝離或出血、視神經病變。 (七) 癌症(惡性腫瘤)。 (八) 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 (九) 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。 (十) 紅斑性狼瘡、膠原症。 (十一) 愛滋病或愛滋病毒帶原。	請勾選 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	三、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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	四、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? (一) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (二) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 (三) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (四) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 (五) 痛風、高血脂症。 (六) 青光眼、白內障。 (七) 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)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	五、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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	六、是否已確知懷孕?如是, 已經幾週?(女性被保險人回答)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	七、過去二年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

### 如有投保傷害保險者, 請增答下列各項

知事項	九、過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥? (一) 高血壓症(指收縮壓 140 mmHg 舒張壓 90 mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 (二) 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。 (三) 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。 (四) 糖尿病。 (五) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (六) 視網膜出血或剝離、視神經病變。	請勾選 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	十、目前身體機能是否有下列障害? (一) 失明、聾、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。 (二) 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 O. 三以下。 (三) 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五十分貝(dB)以上。	請勾選 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
-----	---	--	--	--

上列第二至十項中, 如勾選「是」者, 請註明項號並將病名、症狀、就診醫院、大約治療期間、經過及結果詳填在本欄。

※本復效申請書暨被保險人告知事項業經本人確認無誤, 如有虛偽不實或將被保險人罹患之疾病隱瞞不填之情事者, 願依簡易人壽保險法第十五條第二項: 「要保人或被保險人故意隱匿, 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, 保險人得解除保險契約」之規定, 接受貴公司解除契約, 絕無異議。

※本人(被保險人)同意貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。

※本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本申請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。

※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。

※本契約效力之恢復, 應親自填寫申請書並經本公司同意後, 溯自繳清應繳保險費及其利息之日起恢復效力。

◎1. 償還墊繳本息方式: 全部還清 部分還款月數 \_\_\_\_\_ 個月 2. 償還保單借款方式: 全部還清 部分還款本金 \_\_\_\_\_ 元 僅還利息。  
(限 99 年 9 月 1 日以後成立之契約勾選)

被保險人親自簽名: \_\_\_\_\_ 要保人親自簽名: \_\_\_\_\_

要保人地址: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

法定代理人/監護人親自簽名: \_\_\_\_\_ 與要保人或被保險人關係: \_\_\_\_\_

(要保人、被保險人未滿七歲/受監護宣告者, 由法定代理人/監護人代簽及簽名; 要保人、被保險人七歲(含)以上未滿二十足歲者, 由本人及法定代理人簽名)

保管年限: 契約消滅翌年年初起算 6 年

備註：

經辦局

儲匯壽險專用章

經辦：

主管：

注意

核准恢復之契約，應在保險單背面批註，並加蓋戳記及經辦章後，將保險單寄經辦局轉發保戶。

本公司  
(壽險處)  
批註

1. 同意恢復契約效力。

復效日期：\_\_\_\_\_。

2. 不同意恢復契約效力，

原因：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_。

經辦：

主管：

辦  
發  
印

# 中華郵政股份有限公司郵政簡易人壽保險恢復契約效力申請書

申請日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 經辦局：\_\_\_\_\_

保單號碼	保險種類	種類代號	保險金額	要保人姓名
------	------	------	------	-------

附約保險種類			附約種類代號			附約保險金額/日額			停效前最後繳費年月		
1.	2.	3.	1.	2.	3.	1. 元	2. 元	3. 元	年	月	日

姓名	出生日期	年	月	日	身分證一編號
----	------	---	---	---	--------

被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? 是, 否 如勾選是者, 請提供。  
 職業代號: \_\_\_\_\_ 職業分類: 第 \_\_\_\_\_ 類(職業及兼職如有異動, 本公司將自動更新契約職業類別代號)

被保險人告知事項	一、職業: _____ 工作內容(含兼職): _____ 身高: _____ 公分, 體重: _____ 公斤
	二、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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	三、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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	四、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? (一)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (二)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (三)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (四)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (五)痛風、高血脂症。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (六)青光眼、白內障。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (七)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) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	五、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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	六、是否已確知懷孕?如是, 已經幾週?(女性被保險人回答) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	七、過去二年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

八、過去二年內是否曾因患有下列疾病, 而接受醫師治療、診療或用藥? (一)高血壓症(指收縮壓 140 mmHg 舒張壓 90 mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌梗厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (二)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (三)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (四)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值超過 40IU/L 以上)。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (五)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (六)視網膜剝離或出血、視神經病變。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (七)癌症(惡性腫瘤)。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (八)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (九)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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (十)紅斑性狼瘡、膠原症。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (十一)愛滋病或愛滋病毒帶原。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---

### 如有投保傷害保險者, 請增答下列各項

知事項	九、過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥? (一)高血壓症(指收縮壓 140 mmHg 舒張壓 90 mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (二)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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (三)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (四)糖尿病。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (五)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (六)視網膜出血或剝離、視神經病變。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	十、目前身體機能是否有下列障害? (一)失明、聾、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (二)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, 且一目視力矯矯正後, 最佳矯正視力在萬國視力表 O. 三以下。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (三)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五十分貝(dB)以上。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
-----	---	---

上列第二至十項中, 如勾選「是」者, 請註明項號並將病名、症狀、就診醫院、大約治療期間、經過及結果詳填在本欄。

※本復效申請書暨被保險人告知事項業經本人確認無誤, 如有虛偽不實或將被保險人罹患之疾病隱瞞不填之情事者, 願依簡易人壽保險法第十五條第二項: 「要保人或被保險人故意隱匿, 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, 保險人得解除保險契約」之規定, 接受貴公司解除契約, 絕無異議。

※本人(被保險人)同意貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。

※本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本申請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。

※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。

※本契約效力之恢復, 應親自填寫申請書並經本公司同意後, 溯自繳清應繳保險費及其利息之日起恢復效力。

◎1. 償還墊繳本息方式: 全部還清 部分還款月數 \_\_\_\_\_ 個月 2. 償還保單借款方式: 全部還清 部分還款本金 \_\_\_\_\_ 元 僅還利息。  
(限 99 年 9 月 1 日以後成立之契約勾選)

被保險人親自簽名: \_\_\_\_\_ 要保人親自簽名: \_\_\_\_\_

要保人地址: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

法定代理人/監護人親自簽名: \_\_\_\_\_ 與要保人或被保險人關係: \_\_\_\_\_

(要保人、被保險人未滿七歲/受監護宣告者, 由法定代理人/監護人代簽及簽名; 要保人、被保險人七歲(含)以上未滿二十足歲者, 由本人及法定代理人簽名)

保管年限: 契約消滅翌年年初起算 6 年

備註：

經辦局

儲匯壽險專用章

經辦：

主管：

注意

核准恢復之契約，應在保險單背面批註，並加蓋戳記及經辦章後，將保險單寄經辦局轉發保戶。

本公司  
(壽險處)  
批註

1. 同意恢復契約效力。

復效日期：\_\_\_\_\_。

2. 不同意恢復契約效力，

原因：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_。

經辦：

主管：

辦  
發  
印