

保單號碼：_____

申請日期：_____年_____月_____日

被保險人姓名／身分證字號：_____／_____

為確認要保人/被保險人具意願且瞭解其申請事項，本公司有可能採取電訪或面訪方式連繫保單相關人，以符合法令要求並確保您的權益。
提醒您：電訪顯示代表號 02-66366850。

一、提供之相關證明或報告種類 (請詳適用險種及接種、檢驗、申請書送達富邦人壽日期規範)
 1. 指定疫苗接種證明 2. 健康檢查報告 3. 肝功能指數檢驗報告 4. 糖化血色素檢驗報告

二、檢附證明文件或報告資訊 ※ 接種/檢驗之項目、數值、日期皆以證明文件/檢驗報告為準
 已載明被保險人姓名 已載明醫療單位名稱
 已載明被保險人完整身分證字號(僅指定疫苗接種證明文件需勾選)
 已加蓋醫院、診所章或醫師章(僅糖化血色素檢驗報告需勾選)

1. 指定疫苗接種證明文件

接種日期 (請填寫民國年月日)：____/____/____ 醫療機構名稱(_____)

疫苗接種項目(疫苗需經中央衛生主管機關查驗登記並核准使用)

 1. 破傷風、白喉、百日咳相關疫苗 2. 麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗 3. 季節性流感疫苗 4. B 型肝炎疫苗
 5. A 型肝炎疫苗 6. 肺炎鏈球菌 13 價結合型疫苗 7. 肺炎鏈球菌 23 價多醣體疫苗 8. 日本腦炎疫苗
 9. 人類乳突病毒疫苗 10. 帶狀疱疹疫苗 11. 嚴重特殊傳染性肺炎 (新冠肺炎 COVID-19) 疫苗 12. 水痘疫苗

2. 健康檢查報告

檢驗日期 (請填寫民國年月日)：____/____/____ 醫療機構名稱(_____)

已含被保險人下列檢查項目數值

 1. 身高 2. 體重 3. 血壓 4. 血糖(飯前血糖、飯後血糖、糖化血色素或其他血糖檢查任一項目)
 5. 血脂肪【 膽固醇(總膽固醇、高密度膽固醇、低密度膽固醇或其他膽固醇檢查任一項目) 三酸甘油酯】

3. 肝功能指數檢驗報告 ※ 檢驗項目需為 GOT/AST/SGOT/GPT/ALT/SGPT 任一項

檢驗日期 (請填寫民國年月日)：____/____/____ 醫療機構名稱(_____)

已載明肝功能指數數值，請擇一填寫所載項目(_____)及該項數值(_____)

4. 糖化血色素檢驗報告 ※ 要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人出具檢驗報告

檢驗日期 (請填寫民國年月日)：____/____/____ 醫院或診所名稱(_____)

已載明之糖化血色素(HbA1c)值(_____)

健康檢查等個人資料之蒐集、處理及利用告知事項：

本公司蒐集您的個人資料(包括但不限於保單號碼、姓名、身分證統一編號、檢驗報告等資料，詳如本文件所載)係為人身保險服務及執行、辦理申訴及爭議處理業務、辦理公司之內部控制、稽核業務及委外業務之執行等目的。所蒐集之資料僅會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求之期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供予本公司及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以透過書面或致電本公司保費服務專線(電話：0809-025-588)行使查詢、閱覽、複製、補充更正、停止蒐集、處理或利用及刪除之權利，惟本公司依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將無法提供您完善的人身保險服務。

茲聲明上開文件皆為真正，如有不實之情事，概由本人負一切法律責任，與富邦人壽無涉。

 被保險人簽名(章)：_____ (必簽) 法定代理人/監護人/輔助人簽名(章)：_____
 (被保險人未成年、受監護宣告或輔助宣告者，應由法定代理人/監護人/輔助人親自簽名，並註明與被保險人關係_____)

茲聲明本申請書均為被保險人/法定代理人/監護人/輔助人親自簽名(章)，如有虛偽不實，願負法律上應負之責任。

單位代號(銀行/分行)：_____

服務人員簽名：_____ 服務人員登錄字號/執業證書編號：_____

保/經代服務受理行政章：_____ 保/經代服務受理編號：_____

富邦人壽受理收訖

112.07



適用險種及接種、檢驗、申請書送達富邦人壽日期規範

一、檢驗報告文件種類對應險種續年度健康保險費折扣一覽表

| 險種 \ 檢驗報告文件種類 | 指定疫苗接種證明文件 | 健康檢查報告 | 肝功能檢驗報告 | | 糖化血色素檢驗報告 | |
|----------------------------------|------------|---------|------------------------------------|----------|----------------------|----------|
| SWUA | 主約折扣 2% | 主約折扣 3% | — | | | |
| SWUC | 主約折扣 2% | 主約折扣 3% | — | | | |
| SWXA | 主約折扣 2% | 主約折扣 3% | — | | | |
| SID | 主約折扣 1% | — | — | | | |
| SID1 | 主約折扣 1% | — | — | | | |
| SWV | — | 主約折扣 1% | — | | | |
| SWV1 | — | 主約折扣 1% | — | | | |
| SWY 續年度健康保險費折扣 主約比率 1%為限 | 主約折扣 1% | 主約折扣 1% | — | | | |
| IBV 續年度健康保險費折扣 主約折扣比率 1%為限 | — | — | ALT/GOT/SGOT/AST/ GPT/SGPT 任一數值 | 主約 折扣 | | |
| | | | 100(含)以下 | 1% | | |
| SWI | — | — | — | — | 糖化血色素 (HbA1c)值 | 主約 折扣 |
| | | | | | 6.5%(不含) 以下 | 40% |
| | | | | | 6.5%(含)~ 7.0%(不含) | 30% |
| | | | | | 7.0%(含)~ 8.0%(不含) | 15% |
| | | | | | 8.0%(含)~ 9.0%(不含) | 10% |

二、接種日期、檢驗日期及文件送達富邦人壽日期，指定期間規範如下：

(一)指定疫苗接種證明文件、健康檢查報告及肝功能檢驗報告之指定期間

1. 第一保單年度指定期間為契約生效日當日起算至第十一個曆月（含生效日當月，該月未滿一個月者，以一個月計算）中與本契約生效日相當日（若該月無相當日者，指該月之末日）之前一日止。
2. 第二保單年度起之各保單年度指定期間為上一保單年度之指定期間屆滿日翌日起算至隔一年與第一保單年度指定期間屆滿日相當之日（若該月無相當日者，指該月之末日）止。

(二)糖化血色素檢驗報告之指定期間

保單每一續年度之保單週年日前五個月至前二個月。



* 0 1 0 9 6 0 0 A 0 0 6 *