

團體保險自費件加入調查表

保單號碼	G30810-001	要保單位	臺北市公務人員協會
------	------------	------	-----------

壹、員工本人資料【請正楷填寫；如續保欲變更資料請另填寫契約變更申請書】

姓名	出生日期	身分證字號
單位/部門	職稱	員工編號
連絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
連絡電話/ 手機號碼	E-MAIL 信箱	

貳、投保名單與基本資料【請正楷填寫】(註)

身份關係	申請事項	姓名及簽署	出生年月日 身分證字號	投保等級 /計劃	身故或喪葬費用保險金受益人指定如下：(如不指定受益人，依要保書約定) <input type="checkbox"/> 地址/電話同員工本人。 【保險契約條款已有約定者，依所約定之內容辦理】		
本人	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名：	身分證字號：	電話：
					關係：	地址：	
配偶	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名：	身分證字號：	電話：
					關係：	地址：	
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名：	身分證字號：	電話：
					關係：	地址：	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名：	身分證字號：	電話：
					關係：	地址：	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名：	身分證字號：	電話：
					關係：	地址：	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名：	身分證字號：	電話：
					關係：	地址：	

註：本調查表之「投保名單與基本資料」如與「國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書」所載內容不同時，則依「國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書」所載內容為準。

- 第一次投保請勾選「加保」；如續保時欲變更投保等級/計畫，請勾選「變更」，並填寫變更後之投保等級/計畫。
- 保險契約有因辦理撤銷、不同意承保或承保內容變更致生退還保險費之情事時，要保人及授權人同意國泰人壽得將應退還之保險費，匯入國泰人壽「保險費約定付款授權暨電子單據服務申請書」所約定之授權人帳戶。
- 受益人：員工之身故保險金受益人或喪葬費用保險金受益人，以指定家屬或其法定繼承人為限；醫療保險金受益人限被保險人本人。如未填寫受益人之聯絡電話及地址時，國泰人壽將於保險事故發生後，以要保人最後留存於國泰人壽之聯絡方式通知身故保險金受益人。身故保險金受益人約定為法定繼承人時，以被保險人身故時之法定繼承人為準，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定。
- 個人資料保護法應告知事項：國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址、病歷、醫療及健康檢查等資料)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務中心或利用國泰人壽免費客戶服務專線(0800-036599)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。
- 本人同意國泰人壽得以本申請書所留存之聯絡資訊(包括但不限於手機號碼、市話號碼、E-mail或地址等)，作為日後提供各項服務權益及通知使用；除以前述方式通知外，亦得由服務人員轉交相關資料。

本人已詳閱並知悉投保相關內容，且確認上述資料無誤，員工本人親簽：_____ *必簽

國泰人壽內部使用				
項目	送件人姓名、ID、手機號碼	收件日	生效日	經辦受理
<input type="checkbox"/> 新契約續保				
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保				

要保單位章	承辦人章	員工
		<input type="checkbox"/> 在職 <input type="checkbox"/> 退休



700097



10901 版

轉帳/信用卡繳交保險費付款授權書

立授權書人(以下簡稱授權人)茲授權貴行/局/信用卡發卡機構依國泰人壽保險股份有限公司(以下簡稱國泰人壽)所提供有關要保人之保險費,自授權人之授權帳戶內自動轉帳/信用卡扣款,以交付下列保險契約之保險費,並以該帳戶做為退款之指定帳戶。

新投保件 續期件 變更轉帳/信用卡授權

授權人資料	保單號碼	G30810-001									
	要保單位	臺北市公務人員協會									
	授權人姓名	※授權人限員工本人(且該員工須為本保單之被保險人)									
	身分證字號										
	出生年月日	民國		年		月		日			

授權帳戶/信用卡(擇一)	※授權人限員工本人(且該員工須為本保單之被保險人)										
	<input type="checkbox"/> 郵局(700)	局 號：_____					帳 號：_____				
	<input type="checkbox"/> 銀行帳戶 (限列示銀行)	<input type="checkbox"/> 臺灣銀行 004	<input type="checkbox"/> 彰化銀行 009	<input type="checkbox"/> 兆豐銀行 017	<input type="checkbox"/> 台中銀行 053	<input type="checkbox"/> 新光銀行 103	<input type="checkbox"/> 遠東銀行 805	<input type="checkbox"/> 星展銀行 810			
		<input type="checkbox"/> 土地銀行 005	<input type="checkbox"/> 上海銀行 011	<input type="checkbox"/> 花旗銀行 021	<input type="checkbox"/> 京城銀行 054	<input type="checkbox"/> 陽信銀行 108	<input type="checkbox"/> 元大銀行 806	<input type="checkbox"/> 台新銀行 812			
		<input type="checkbox"/> 合作金庫 006	<input type="checkbox"/> 台北富邦 012	<input type="checkbox"/> 王道銀行 048	<input type="checkbox"/> 匯豐銀行 081	<input type="checkbox"/> 板信商銀 118	<input type="checkbox"/> 永豐銀行 807	<input type="checkbox"/> 日盛銀行 815			
<input type="checkbox"/> 第一銀行 007		<input type="checkbox"/> 國泰世華 013	<input type="checkbox"/> 臺灣企銀 050	<input type="checkbox"/> 瑞興銀行 101	<input type="checkbox"/> 三信銀行 147	<input type="checkbox"/> 玉山銀行 808	<input type="checkbox"/> 安泰銀行 816				
	<input type="checkbox"/> 華南銀行 008	<input type="checkbox"/> 高雄銀行 016	<input type="checkbox"/> 渣打銀行 052	<input type="checkbox"/> 華泰銀行 102	<input type="checkbox"/> 聯邦銀行 803	<input type="checkbox"/> 凱基銀行 809	<input type="checkbox"/> 中國信託 822				
	存款帳號(限使用活期性新臺幣存款帳戶):										
<input type="checkbox"/> 信用卡	卡號：_____					※信用卡若因掛失、停用、換卡、升級等原因重新發卡,卡號或有效期限因而有異動者,請主動聯繫國泰人壽服務人員。					
	信用卡別：○ VISA ○ MASTER ○ JCB										
	發卡機構：_____ 銀行 有效期限：西元____月____年										

授權人確認事項	<p>1. 您的簽章即表示已審閱並同意本授權書各項說明及背頁有關「保險費約定付款授權約定條款」及「個人資料保護法應告知事項」。</p> <p>2. 本授權書不論授權成功與否,均不退還。但授權不成功時,授權人須重立授權書。</p> <p>3. 扣款方式包括但不限於使用活期性存款帳戶扣款等。</p>	<p>授權人印鑑/簽章： *必簽名(郵局另加蓋印章)</p> <div style="border: 2px solid red; height: 80px; width: 100%;"></div> <p>(請使用金融機構存款帳戶原留印鑑/簽名須與信用卡上之簽名相同)</p> <p>申請日期： 年 月 日</p>
---------	--	--

以下由「送件人」填寫				以下由「國泰人壽」填寫			
本授權書各項填寫資料均經本人審核確認無誤,如有不實願負相關法律責任。							
送件人(確認人)簽名				受理單位：			
送件人身分證字號				主管(覆核)		經辦	
送件人連絡方式				電話(手機)：			



000161



10811 版

【轉帳/信用卡繳交保險費付款授權約定條款】

壹、一般條款

- 一、本授權書所稱之授權人為要保人委託其代繳要保人與國泰人壽保險股份有限公司(以下簡稱國泰人壽)所訂定之保險契約之「國泰人壽自費團體保險加入調查表」所載之自費部分總保費(以下簡稱保險費)之人。授權人僅限於要保人之員工,且須為保險契約之被保險人。
- 二、授權人同意由本授權書約定之銀行活期存款或活期儲蓄存款/郵局設有存簿儲金或劃撥儲金帳戶或授權信用卡發卡機構,以自動轉帳/信用卡帳戶內進行扣款交付保險費。
- 三、國泰人壽依本授權書約定在授權人帳戶所扣得之保險費,授權人若有異議時,除扣款金額不符外,概由授權人負責,與國泰人壽無涉。
- 四、以自動轉帳/信用卡扣款繳付保險費者,授權人同意指定銀行/郵局/發卡機構於未完成驗印及建檔/建檔前,即得逕行扣繳保險費。國泰人壽就已受領之款項,得逕予入帳以繳交保單之保險費。若指定銀行/郵局/發卡機構撥款予國泰人壽後,始通知授權有瑕疵者,本授權書之授權自始不生效力,授權人應另行簽訂授權書。如因此而有所疑義時,國泰人壽將無息退還保險費至原扣繳帳戶,概與指定銀行/郵局/發卡機構無涉。
- 五、授權人與指定銀行/郵局/發卡機構之契約關係消滅或其他任何原因,致指定銀行/郵局/發卡機構未能付款予國泰人壽時,授權人同意指定銀行/郵局/發卡機構得將未能付款原因通知國泰人壽。
- 六、保險契約經辦理撤銷、終止、解除或其他原因而失效後,如指定銀行/郵局/發卡機構因作業時差及其他因素誤以其為有效而仍於授權人帳戶轉帳或信用卡進行扣款交付保險費者,保險契約並不因此而有效,指定銀行/郵局/發卡機構得於發現錯誤後,通知國泰人壽將該筆款項退還至授權人原扣款帳戶,授權信用卡扣款者仍應依發卡機構所發之付款通知書向發卡機構支付發卡機構已給付國泰人壽之保險費;於前述情形,授權人同意國泰人壽將保險費退還指定銀行/郵局/發卡機構。
- 七、授權人對指定銀行/郵局/發卡機構之自動轉帳/信用卡扣款金額與保險費金額有疑義時,應逕行洽詢國泰人壽,概與指定銀行/郵局/發卡機構無關。
- 八、授權人同意任何有關授權人與國泰人壽就本授權書所指定保險契約之保險權益事項及一切抗辯,概與指定銀行/郵局/發卡機構無關,不得以之對抗指定銀行/郵局/發卡機構。
- 九、指定銀行/郵局如因電腦系統故障或其他不可抗力之情事致無法於約定日期完成扣款者,指定銀行/郵局得待前述無法完成扣款之原因消滅後,再行辦理保險費之扣款,如有疑義,應逕行洽詢國泰人壽,概與指定銀行/郵局無關。
- 十、授權人於本授權書授權成功後,如變更於指定銀行/郵局之留存印鑑或簽名者,本授權書不因此而失其效力。
- 十一、授權人以同一帳戶/信用卡同時授權指定銀行/郵局/發卡機構以自動轉帳/信用卡扣款交付兩件以上保險契約之保險費或同一天同一帳戶/信用卡內有兩筆以上扣款時,則由指定銀行/郵局/發卡機構衡量授權人之存款餘額與保險費狀況權衡處理,授權人不得有異議。
- 十二、授權人同意國泰人壽及指定銀行/郵局/發卡機構得於授權繳交保險費之必要範圍內為蒐集、利用或處理授權人之個人資料。
- 十三、有以下各款情形之一者,除本授權書另有約定外,授權之效力自指定銀行/郵局/發卡機構知悉該情形之日起終止:
 - (一)本授權書所指定之保險契約因撤銷、終止、解除或其他原因消滅時。
 - (二)授權人與指定銀行/郵局/發卡機構之間,就本授權書所指定扣款帳戶/信用卡之契約關係消滅時。
- 十四、本授權約定條款如有未盡事宜,授權人授權國泰人壽及指定銀行/郵局/發卡機構得隨時協商修訂之,修訂後之內容構成本條款之一部分,效力優先於原條款。

貳、第一次保險費條款

- 一、以本授權書授權繳交新契約第一次保險費者,應連同新契約要保書一併交予國泰人壽,新契約經國泰人壽同意承保,並確認自指定銀行/郵局/發卡機構受領第一次保險費時,溯及國泰人壽受理本授權書時生效。若第一次保險費遭指定銀行/郵局/發卡機構拒付者,保險契約自始無效。
- 二、授權人於簽署本授權書後,欲變更授權內容者,應另立授權書並於保險契約完成承保程序前送達國泰人壽,始生效力。
- 三、本授權書如因內容填寫不全、錯誤或其他原因致指定銀行/郵局/發卡機構無法辦理轉帳/扣款者,不生授權之效力。
- 四、授權繳交新契約第一次保險費者,授權人若無反對之意思表示,該新契約之續期保險費依照下列續期保險費條款辦理。
- 五、保險契約有因辦理撤銷、不同意承保或承保內容變更致生退還保險費之情事時,要保人及授權人同意國泰人壽得將應退還之保險費,無息匯入授權人原扣款帳戶。

參、續期保險費條款

- 一、授權指定銀行/郵局以自動轉帳或發卡機構以扣款交付保險費之轉帳/扣款基準日,除已有指定扣款日之約定者外,如保險單所載保險費交付日期為1日至9日間者,以當月9日為轉帳/扣款基準日;保險單所載保險費交付日期為10日至19日間者,以當月19日為轉帳/扣款基準日;保險單所載保險費交付日期為20日至月底者,以當月29日為轉帳/扣款基準日(每年2月以27日為轉帳扣款基準日);如遇假日,則順延至次一營業日扣款,並請提前一個營業日存妥款項。
- 二、若於上述9、19、29日(2月則為27日)等轉帳扣款基準日扣款不成者,國泰人壽得再執行扣款或由要保人於保險契約條款約定之寬限期間屆滿前自行繳交該次保險費。若逾期未繳致保險契約停效者,概由要保人自行負責。
- 三、本授權書如因內容填寫不全、錯誤或其他原因致指定銀行/郵局/發卡機構無法辦理轉帳/扣款者,不生授權之效力。
- 四、因作業時差及其他因素,發生重複收費之情事者,國泰人壽應將重複收取之保險費退還至授權人原扣款帳戶。
- 五、授權人於每月15日前將本授權書送達國泰人壽者,自動轉帳作業自次月1日起生效,每月16日後始送達者,自動轉帳作業自次一期別起生效。
- 六、授權人欲變更以其他帳戶/信用卡繳交保險費時,應重新填寫授權書,並依續期保險費條款第五條之約定辦理,原授權書效力於新授權書生效時,自動終止。更換新卡(如毀損、有效期間屆滿等情形)而未更換卡號者,原授權書仍具授權效力。
- 七、授權人欲終止授權關係,應於保險單所載保險費交付日期前5個營業日,將「終止保險費自動轉帳付款授權書」送達國泰人壽,逾期送達者,則延至次期始生終止效力。授權人就本授權書所授權自動轉帳之保險契約,如前已有以信用卡繳交保險費或保險費自動轉帳付款之授權者,自本授權書生效之日起,前開授權視為終止。
- 八、因保單繳別、年期之變更或其他保全變更,致使當次金額與授權指定銀行/郵局/發卡機構以自動轉帳/信用卡扣款交付保險費之金額有短轉或溢繳時,則由國泰人壽於次月依本授權書續期保險費條款第一條約定之扣款基準日之相當日補收或無息退還至授權人原扣款帳戶。如次月有應繳之續期保險費,則溢收短繳之保險費將合併計算。

個人資料保護法應告知事項

國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內,以合於法令規定之利用方式,於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務中心或利用國泰人壽免費客戶服務專線(0800-036-599)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須,得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時,基於健全人身保險業務之執行,國泰人壽將無法提供您完善的服務。



000162



10811 版

保單號碼

G30810-001

國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書

中華民國 102 年 3 月 1 日國壽字第 102030032 號備查

中華民國 109 年 8 月 1 日國壽字第 109080003 號備查

※本投保申請書暨健康告知聲明書係附於並構成『國泰人壽團體保險要保書(A式)』之一部分。

壹、被保險人基本資料

要保單位： 臺北市公務人員協會

員工編號：_____ 地址：□□□

手機號碼：_____

E-Mail 信箱：_____

身故保險金或喪葬費用保險金受益人

被保險人	姓名	出生年月日 身分證字號	職業 工作內容	投保 等級	姓名	身分證號碼	與被保人關係	聯絡電話
本人				等級_____		□□□		
配偶				等級_____		□□□		
子女				等級_____		□□□		
子女				等級_____		□□□		
父親				等級_____		□□□		
母親				等級_____		□□□		

監護宣告及身心障礙詢問	1. 以上被保險人是否有領取身心障礙手冊或有身心障礙證明者？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 2. 被保人是否有受監護宣告者？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，凡勾選有者，請填寫姓名及提供證明文件。姓名：
投保同業醫療險狀況 (含日額或實支實付給付擇一)	1. 以上被保險人是否有投保同業實支實付型醫療險？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，姓名： 2. 以上被保險人是否有投保同業實支實付型傷害醫療險？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，姓名：

※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

貳、告知事項

被保險人目前之身高、體重	本人	配偶	子女	子女	父親	母親
	公分	公分	公分	公分	公分	公分
	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
※下面各欄內請由被保險人親自以「✓」表示告知 投保壽險者，請回答下列 1-7 項之問題；投保健康險者，請回答下列 1-8 項之問題； 投保傷害險者，請回答下列第 9 項之問題。	是	否	是	否	是	否
1. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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？ (1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 (3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 (5)癩風、高血脂症。 (6)青光眼、白內障。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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？ (1)高血壓症(指收縮壓 140mmHG 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。 (2)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。 (3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 (4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值檢驗值有異常情形者)。 (5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 (6)視網膜剝離或出血、視神經病變。 (7)癌症(惡性腫瘤)。 (8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 (9)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。 (10)紅斑性狼瘡、膠原症。 (11)愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

請翻面繼續填寫



711074



10901 版

告知事項	本人	配偶	子女	子女	父親	母親
	是否	是否	是否	是否	是否	是否
6.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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.女性被保險人回答：(1)過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？(2)是否已確知懷孕？如是，已經幾週？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.(1)現在是否仍患有上述1-7項所列疾病？ (2)現在是否仍患有下列疾病： (A)飛蚊症、中耳炎、內耳炎、乳突炎、外耳炎、坐骨神經痛、脊椎彎曲、脊椎骨脫出症、骨折、蜂窩組織炎、史帝芬一強生症候群、骨質疏鬆症、肌無力、進行性肌萎縮、運動神經原疾病、硬皮症、股骨頭壞死、椎間板脫出、關節脫臼、骨膜炎、骨髓炎、關節炎。 (B)腎上腺機能亢進或低下、染色體異常、良性腫瘤、良惡性不明腫瘤、原位癌、抹片異常、膿瘍、息肉、結節、痛風、酒精或藥物濫用成癮。 (C)結核病、腦膜炎、梅毒、腦炎、水腦症。 (D)智能障礙、神經炎、神經痛、腦性麻痺、多發性硬化症、舞蹈症、癡呆症、精神官能症、憂鬱症。 (E)肺水腫、肺炎、胸膜炎、鼻中隔彎曲、鼻竇炎、慢性鼻炎、氣胸、慢性阻塞性肺部疾病、肺沉著症、肺積膿、肋膜積水。 (F)心絞痛、動脈瘤、心臟瓣膜疾病、動靜脈栓塞及血栓症、食道靜脈曲張、血液凝固缺陷、紅血球過多症、貧血、高血壓症(指收縮壓140mmHG舒張壓90mmHG以上)。 (G)肝腫大、消化性潰瘍或出血、慢性胃炎、肝膽結石、腸阻塞。 (H)腎炎、腎水腫、泌尿系統結石、血尿、膀胱炎、尿道炎、輸卵管炎、卵巢炎、骨盆腔膜炎、前列腺肥大或發炎、子宮頸糜爛、子宮脫出。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.(1)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？ (A)高血壓症(指收縮壓140mm舒張壓90mm以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤 (B)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 (C)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病 (D)糖尿病 (E)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症 (F)視網膜出血或剝離、視神經病變 (2)目前身體機能是否有下列障害： (A)失明。(B)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，且一日視力矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表0.3以下。(C)聾。 (D)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50分貝(dB)以上。(E)啞。 (F)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(G)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※被保險人之健康情形若有上列1-9項所述的情況，請詳填：●姓名、●病名(外傷者，含受傷部位)、●就診醫院、●大約就診期間、●診療過程(門診或住院)、●有無手術、●治療結果及目前狀況

參、聲明事項：

- 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與否之依據。
- 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。
1. 實支實付型傷害醫療保險適用：
本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知貴公司者，同意貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。
2. 實支實付型醫療保險適用：
本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知貴公司者，同意貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任，但貴公司應以「日額」方式給付。

※本要保書告知事項均經要保人及被保險人確認，如有為隱匿或遺漏不為說明，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，本公司得依保險法第六十四條之規定解除契約，其危險發生後亦同。

※本人(被保險人)於填寫申請書時，已審閱貴公司所提供之「個人資料保護法應告知事項」。



被保險人簽名：_____ / _____ / _____

法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____ 中華民國_____年_____月_____日

1. _____關係 _____身分證字號 _____ 國籍 _____ 出生年月日 _____

2. _____關係 _____身分證字號 _____ 國籍 _____ 出生年月日 _____

註：若要保書已有資料者，可免填寫關係、身分證字號及出生年月日。

業務員 1 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員 2 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員 3 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)
				職域代號	



711075



10901版