

臺南市教育產業工會會員自費團體保險加入表

會員本人資料

會員姓名(親簽)		身分證號碼	
出生年月日	民國 年 月 日	電話	(公) (家) (手機)
地址			
身故受益人 / 關係	下方為配偶、子女資料(配偶或子女未參加者,請勿填寫)		
關係	姓名(親簽)	出生年月日	身分證號碼
配偶			
子女			
子女			
子女			
子女			

注意事項：

1. 未填寫者以被保險人之法定繼承人為受益人，法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。
2. 本人 同意本保險契約期間屆滿時，由要保單位以同一保障計劃為本人辦理續保作業，其後亦同。

信用卡繳付保險費付款授權書

申請日期：民國 年 月 日

信用卡卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡	發卡機構： 銀行
信用卡卡號： - - -	信用卡有限期限：至 月 年 (西元)
持卡人姓名：	出生日期： 年 月 日
持卡人身分證號碼：	授權碼： (保誠人壽填寫)
授權人簽署(與信用卡簽名形式相同)	持卡人為： <input type="checkbox"/> 被保險人本人 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人法定代理人 <input type="checkbox"/> 受益人
備註：1.立授權書人同意以上開信用卡繳付保誠人壽保險股份有限公司之保險費，並依照信用卡使用約定付款予發卡機構。 2.本項交易若未獲發卡機構 / 聯合信用卡處理中心核准，則本付款授權書即失效力，保誠人壽得重新收費。	


參加資格：

1. 凡是臺南市教育產業工會之會員及其配偶、子女皆可參加；但會員參加，配偶、子女才得加入，子女人數不限。
2. 會員及配偶初次投保年齡為自 15 足歲至 65 歲(含)以下，續保至 70 歲唯員工退休時保險效力即行終止。會員子女自出生且正常出院至 25 歲，本契約未屆滿而至 25 足歲之子女以當年度契約屆滿日為保險效力終止日。
3. 會員子女 15 歲以下者僅能投保傷害醫療險、住院醫療日額險、癌症醫療定額險。
4. 配偶、子女之醫療、殘廢保險金受益人為被保險人本人

注意事項：

1. 參加會員(眷屬)均須填寫「健康告知聲明書」，經保誠人壽公司核保通過後，才得以生效。
2. 本加入表及健康告知聲明書需於每月 25 日以前送達保誠人壽(以郵戳為憑)，並經核保通過後，於次月 1 日午夜 12 時生效；如超過每月 25 日，則於次月的次月 1 日午夜 12 時起生效。
3. 會員工退保時，須填寫退保通知書送達保誠人壽，以郵戳為憑，於次月 1 日午夜 12 時生效。
4. 本合約保險期間自 101 年 11 月 1 日起一年，保費採月繳。
5. 保誠人壽不受理之既往症及現症略舉如下：
 1. 高血壓症、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、慢性支氣管炎。
 4. 肝硬化
 5. 腎病症候群、腎機能不全、尿毒。
 7. 癌症(惡性腫瘤)。
 8. 血友病、白血病、再生不良性貧血。
 9. 糖尿病、類風溼性關節炎、肢端肥大症。
 10. 紅斑性狼瘡、膠原症、潰瘍性大腸炎。
 11. 愛滋病或愛滋病帶原。
 12. 酒精或藥物濫用成癮。
 13. 持中度(含/以上)殘障手冊。

除上述常見病症之外，如有其他症狀再個別判定。

英國保誠人壽  保誠人壽保險股份有限公司
團體保險要保書

民國 91 年 12 月 17 日 台財保字第 0910751476
號函核准
民國 100 年 07 月 21 日 保誠總字第 1000354
號函備查

- ◎ 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。
- ◎ 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。
- ◎ 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。
- ◎ 查閱本公司『資訊公開』說明文件請連結網址 <http://www.pcalife.com.tw> 或洽詢客戶服務專線：0809-0809-88。

保單號碼：_____ (由保誠人填寫)
要保人：_____ 負責人：_____
地址(住所)：_____ 承辦人：_____
統一編號：_____ 電話：_____ 傳真：_____
E-MAIL：_____

營業性質：_____ 勞保職業災害編號：_____
保險期間：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日午夜 12 時起至 _____ 年 _____ 月 _____ 日午夜 12 時止

保險費繳納方式：年繳 半年繳 季繳 月繳

被保險人：詳如被保險人名冊
特定事項：保險計劃與費率詳如團體保險計劃書

- 其他：
- * 若要保人有投保健康保險、傷害保險契約時，於該契約之被保險人非因約定保險事故而身故時，本契約效力即行終止；倘終止後有未滿期之保險費者，本公司應按日數比例退還未滿期之保險費給要保人。契約終止時若要保人身故則退還未滿期之保險費給本契約身故保險金之受益人。
 - * 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。
 - * 受益人：1. 殘廢保險金及醫療保險金之受益人：被保險人本人。
2. 身故保險金或喪葬費用保險金受益人：詳被保險人名冊，如未指定則以法定繼承人。
 - * 要保人是否同意以下事項？ 是
銷售人員已出示合格銷售資格證件，提供「保單條款樣本」、「投保人須知」及「要保書填寫說明」供要保人參閱，並已向要保人清楚解說前述文件內容。
 - * 有關實支實付型醫療保險，要保書應揭露事項：
被保險人是否投保其他商業實支實付型醫療保險（請勾選）？是 否

- 聲明事項：
1. 本人（被保險人）同意 貴公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
 2. 本人（被保險人、要保人）同意 貴公司將本要保書上所载本人資料轉送產、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. 本人（被保險人、要保人）同意 貴公司得依「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。
 4. 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。（實支實付型傷害醫療保險適用）
 5. 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。（實支實付型醫療保險適用）

保經/保代 _____ 業務員簽名：_____
簽署章：_____ 登錄字號：_____

要保人(要保單位)章 _____ 負責人章 _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5

要保書填寫說明

<p>一、「業務員登錄證」？ 業務員登錄證係業務員所屬之保險公司依「保險業務員管理規則」核發，為具有招攬保險之資格證件，業務員招攬保險時，應出示登錄證，並詳細告知授權範圍。</p> <p>二、什麼是要保書？ 要保書是指要保人向保險公司申請投保時所填寫的書面文件。主要內容包括：要保人之名稱、代表人姓名、住所地址、營業性質；要保事項；要保人聲明事項、要保人簽章等。</p> <p>三、誰來填要保書？ 要保書應由要保人就有關內容親自填寫並簽章，未經契約當事人同意或授權，保險經紀人、代理人及業務員均不得代填寫或簽章。</p> <p>四、什麼是「要保人」？ 要保人是指對保險標的具有保險利益，向保險人申請訂立保險契約，並負有交付保險費義務之人，其權利及義務為： (一)權利：1. 指定各類保險金之受益人。 2. 申請契約變更。 3. 終止契約。 (二)義務：1. 繳納保險費。 2. 被保險人職業或職務變更及保險事故發生之通知。 3. 告知義務。</p> <p>五、什麼是「被保險人」？ 所謂被保險人指保險事故發生時，遭受損害，享有賠償求償之</p>	<p>人。另依保險法第一百零七條規定，以十五歲以下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歲之日起發生效力。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之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。</p> <p>六、什麼是「受益人」？ (一) 所謂「受益人」係指被保險人或要保人約定享有賠償請求權之人。 (二) 受益人通常除有請求保險金之權利外，並可基於利害關係人之身分代繳保險費。 (三) 受益人之義務則應於知悉保險事故發生後通知保險公司。</p> <p>七、要保書上要填寫什麼「地址」？有何重要性？ 要保書中之地址係指要保人住所，要保人應確實填寫。要保人住所是保險契約所有文件之送達地址，若有變更時，要保人應即以書面通知本公司。</p> <p>八、要保書還有什麼附件？ 除了要保書本身之外，尚有投保人須知（附印於要保書上）、要保書填寫說明、及保險單條款樣張或影本等附件，提供給要保人於填寫要保書參考。 附註：本填寫說明僅供參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之規定。</p>
--	--

投保人須知

<p>一、投保時，應先請業務員出示登錄證，並請其詳細告知登錄證上所載授權範圍；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。</p> <p>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。」前項契約解除權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅，或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。 (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、健康聲明書及體檢表內各項，以及壽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。</p> <p>三、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。</p> <p>四、保險責任始期及續期保險費過期未繳付，保險契約會自動停止效力。 說明：(一) 保險公司的保險責任，應自保險公司同意承保並收取第一期保險費後負保險責任，保險公司並應發給保險單作為承保的憑證。若在保險公司同意承保與否之意思表示前預收相當於第一期的保險費，而發生應予給付的保險事故時，保險公司仍須負保險責任。 (二) 第二期以後的分期保險費，年繳或半年繳者自催告到達翌日起，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」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。</p> <p>五、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。為知道您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。</p> <p>六、被保險人為未滿十五歲之未成年人，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。 (一) 訂立本契約時，以未滿十五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歲之日起發生效力。 (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。</p>
--

備註欄：

- ◎ 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。
- ◎ 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。
- ◎ 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。
- ◎ 查閱本公司「資訊公開」說明文件請連結網址<http://www.pcalife.com.tw> 或洽詢客戶服務專線：0809-0809-68。

■ 要保人與被保險人應誠實告知，如因未據實告知而影響保險公司對危險之評估，則保險公司得依保險法第六十四條解除契約，保險事故發生後亦同。相關規定，請詳閱「投保須知」第二項，為了您的權益，請詳閱本健康聲明書內容並親自填寫。

■ 依保險法第一百二十七條規定：保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。

■ 本健康聲明書係構成本團體保險要保書之一部分。

要保人：_____	被保險人姓名			
被 保 險 人 告 知 事 項				
1. 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 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(指收縮壓大於140mm-Hg或舒張壓大於90mm-Hg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)、帕金森氏症、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(GOT、GPT檢驗值異於檢驗標準的正常值)。 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、甲狀腺或副甲狀腺機能亢進或低下。 10. 紅斑性狼瘡、膠原症。 11. 愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/> 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
4. 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、肝腺瘤、黃疸。 4. 慢性支氣管炎、氣喘、肺腺瘤、肺栓塞。 5. 痛風、高血脂症。 6. 青光眼、白內障。	<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
5. 目前身體機能狀況是否有失明、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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ (投保 傷害保險 者，另須填寫)	<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
7-1. 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？ 1. 高血壓症(指收縮壓大於140mm-Hg或舒張壓大於90mm-Hg以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 2. 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、帕金森氏症。 3. 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。 4. 糖尿病。 5. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 6. 視網膜出血或剝離、視神經病變。	<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
7-2. 目前身體機能是否有下列障害？(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
1. 失明。	<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
2. 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，且一目視力矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表○.三以下。	<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
3. 聾。	<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
4. 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 啞。	<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
6. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。	<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
7. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<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

被 保 險 人 告 知 事 項

(投保重大疾病壽險、健康保險或癌症保險者,另須填寫)

8. 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. 胸廓畸形及脊柱彎曲移位。	<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
2. 弱視、中耳炎、前庭神經炎、重聽。				
3. 頭部外傷、骨折、脫臼、椎間盤症(分離、疝氣或脫出)、關節炎。				
4. 甲狀腺腫、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、不整脈、蠶豆症、慢性胃炎。				
5. 膽石症、膽囊炎、痔瘡、陰囊水腫、梅毒、淋病、疝氣、腎上腺機能亢進或低下。				
6. 骨盆腹膜炎、前列腺肥大、腎結石、膀胱結石、尿道炎、尿管結石。				
7. 周邊神經炎、顱神經炎、脊髓神經壓迫症、睡眠呼吸中止症、川崎症、良性腫瘤、精神疾病。				

(投保癌症保險者,另須填寫)

9. 過去一年內,是否曾接受下列檢查或曾患下列疾病或異常症狀?

1. 是否曾患B型或C型肝炎接受檢查或治療?	<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
2. 目前是否有腹、肝腫大、黃疸現象?				
3. 有否子宮頸抹片檢查異常記錄或婦科異常出血現象?				
4. 胸部(乳房)是否有腫塊或異常硬塊存在?				
5. 口腔內或皮膚上是否有慢性潰爛不癒(超過兩週以上)?口腔內是否有異常腫塊或白斑存在?				
6. 是否吞嚥困難、大便出血現象?				
7. 頭部有否異常腫塊或不尋常腫大現象?				

10. 婦女欄 (女性被保險人填寫)

1. 目前是否懷孕?如是,已經幾週? _____ 週。

2. 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?

<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
---	---	---	---

告知事項說明欄:若答案為「是」,請詳填下表

被保險人姓名	週號	疾病名稱/健檢原因	大約初診及最後診治日期	就診醫院	門診	是否手術/手術名稱	是否住院/住院日	目前狀況
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是,約 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是,約 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是,約 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是,約 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	

聲明事項:

- 本人(被保險人)同意 貴公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- 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、壽險公會建立電腦連線,以作為其會員公司受理本人投保時之投保參考,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。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司得依「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。
- 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。(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,但 貴公司應以「日額」方式給付。(實支實付型醫療保險適用)

被保險人同意及簽署: _____	被保險人同意及簽署: _____	未成年者法定代理人簽署: _____
被保險人同意及簽署: _____	被保險人同意及簽署: _____	法定代理人與被保險人關係: _____
©未滿七足歲者,由法定代理人代為簽名;七足歲(含)以上未滿二十足歲者,請由本人及法定代理人親自簽名,不識字者得以捺指印代替簽名並蓋印章於旁,但須有二位以上的見證人在旁簽名,惟見證人不得為業務員及本件受益人,同時須註明見證人身分經字號、簽署日期及其與被保險人之關係。		
要保單位簽章: _____	負責人簽章: _____	申請日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保經/保代

業務員簽名: _____

受理/日期: _____

簽署章: _____

登錄字號: _____

核定: _____

蒐集、處理及利用個人資料告知聲明書(團險/旅行平安保險適用)

本要保人/要保單位(下稱要保人)與保誠人壽保險股份有限公司(下稱保誠人壽)自要保書所載之保險日期起訂立團體/旅行平安保險契約(保單號碼：_____，以下稱保險契約)。因保險契約投保所需，依「個人資料保護法」(下稱個資法)之相關規定，將對符合投保資格之被保險人之個人資料進行蒐集、處理、利用等事宜，是依個資法第 8 條、第 9 條及第 54 條告知相關事宜如下：

一、進行個人資料蒐集、處理、利用等事項之非公務機關名稱：

- 1、保誠人壽暨其所屬保險業務員、受保誠人壽委託招攬保險契約之保險經紀人及保險代理人暨其所屬保險業務員、以及受保誠人壽委託處理事務之再保險公司、其他受託機構或個人。
- 2、財團法人金融消費評議中心：為保險爭議案件發生時，受理保險爭議案件之處理機構。

二、個人資料蒐集之目的：保險契約投保需求。

三、個人資料之類別：

符合保險契約投保資格被保險人之基本資料(基本資料僅限姓名、出生日期、身分證字號或護照號碼或居留證號等個人識別 ID)、職稱(職級)、投保薪資、身份別、投保其他家保險公司之各險種投保保額、及經被保險人書面同意蒐集、處理或利用之病歷、醫療、健康檢查之個人資料。

四、個人資料利用之期間、地區、對象及方式：

- 1、期間：自蒐集之日起至本契約雙方權利義務終止之日止；惟於人身保險業務之特定目的範圍內不在此限。
- 2、地區：中華民國境內，但因作業委外、再保險業務及提供海外急難服務所必須者，得為中華民國境外。
- 3、對象及方式：
 - (1) 個人資料由要保人蒐集後提交予保誠人壽，以利保險契約相關承保作業之進行。
 - (2) 對於個人資料之處理及利用，僅限於人身保險業務之特定目的範圍內，包括但不限於當事人異動建檔、保險費計算、公會通報、各項保險契約相關之表單文件製作、照會、核保、保險金理賠、再保險、保單續保結算、理賠分析等事項，並由保誠人壽依個資法暨相關法令規範或本契約需求，保存各項個人資料。

五、被保險人依個資法第 3 條規定得行使之權利及方式：

被保險人得以書面方式向保誠人壽申請查詢、閱覽其個人資料；亦得申請製給複製本、補充或更正個人資料及要求對其個人資料停止蒐集、處理或利用。

六、被保險人得自由選擇提供個人資料時，不提供將對其權益之影響：

被保險人倘不同意保誠人壽蒐集、處理及利用其個人資料者，將無法投保本保險契約。不同意者，請於保險契約始日前，簽署放棄團體/旅行平安保險投保權利聲明書，向保誠人壽團險行政承辦部門（聯絡電話 0809-0809-68）提交聲明書，聲明放棄團體/旅行平安保險投保權利。倘未於前述期限內向保誠人壽團險承辦部門提交聲明書者，視為同意保誠人壽於人身保險業務之特定目的範圍內蒐集、處理及利用其個人資料。

七、本要保人已向全體被保險人告知上述內容，並經每一被保險人同意就有關個人資料授權委由本要保人全權代理。

要保人章(要保單位)

負責人章

中華民國

年

月

日

放棄團體/旅行平安保險投保權利聲明書

本人因不同意 (要保人/要保單位名稱)蒐集本人
個人資料並提供予 貴公司(包括 貴公司所屬保險業務員、受 貴公司委託招攬本契約之保
險經紀人及保險代理人暨其所屬保險業務員)為人身保險業務之特定目的範圍內之蒐集、處
理及利用，聲明放棄 貴公司團體/旅行平安保險投保權利。

此致 保誠人壽保險股份有限公司

聲明人簽署及日期：_____

未成年人法定代理人簽署及日期：_____

範例

臺南市教育產業工會會員自費團體保險加入表

會員本人資料

會員姓名(親簽)	林姝鈴		身分證號碼	D123456789	
出生年月日	民國70年1月1日	電話	(公)06-2710001 (家)06-3351234 (手機)0910234567		
地址	台南市高譚區高譚路一號				
身故受益人 / 關係	吳姿鎂 / 母女		下方為配偶、子女資料(配偶或子女未參加者,請勿填寫)		
關係	姓名(親簽)	出生年月日	身分證號碼	身故受益人 / 關係	
配偶					
子女					
子女					
子女					
子女					

注意事項：

1. 未填寫者以被保險人之法定繼承人為受益人，法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。
2. 本人同意本保險契約期間屆滿時，由要保單位以同一保障計劃為本人辦理續保作業，其後亦同。

信用卡繳付保險費付款授權書

申請日期：民國 年 月 日

信用卡卡別： <input checked="" type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡	發卡機構： <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 銀行
信用卡卡號：XXXX-X-XXXX-XXXX-XXXX	信用卡有限期限：至XX月XX年(西元)
持卡人姓名：林姝鈴	出生日期：70年1月1日
持卡人身分證號碼：D123456789	授權碼： (保誠人壽填寫)
授權人簽署(與信用卡簽名形式相同)	持卡人為： <input checked="" type="checkbox"/> 被保險人本人 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人法定代理人 <input type="checkbox"/> 受益人
備註：1.立授權書人同意以上開信用卡繳付保誠人壽保險股份有限公司之保險費，並依照信用卡使用約定付款予發卡機構。 2.本項交易若未獲發卡機構 / 聯合信用卡處理中心核准，則本付款授權書即失效力，保誠人壽得重新收費。	


參加資格：

1. 凡是臺南市教育產業工會之會員及其配偶、子女皆可參加；但會員參加，配偶、子女才得加入，子女人數不限。
2. 會員及配偶初次投保年齡為自 15 足歲至 65 歲(含)以下，續保至 70 歲唯員工退休時保險效力即行終止。會員子女自出生且正常出院至 25 歲，本契約未屆滿而至 25 足歲之子女以當年度契約屆滿日為保險效力終止日。
3. 會員子女 15 歲以下者僅能投保傷害醫療險、住院醫療日額險、癌症醫療定額險。
4. 配偶、子女之醫療、殘廢保險金受益人為被保險人本人

注意事項：

1. 參加會員(眷屬)均須填寫「健康告知聲明書」，經保誠人壽公司核保通過後，才得以生效。
2. 本加入表及健康告知聲明書需於每月 25 日以前送達保誠人壽(以郵戳為憑)，並經核保通過後，於次月 1 日午夜 12 時生效；如超過每月 25 日，則於次月的次月 1 日午夜 12 時起生效。
3. 會員工退保時，須填寫退保通知書送達保誠人壽，以郵戳為憑，於次月 1 日午夜 12 時生效。
4. 本合約保險期間自 101 年 11 月 1 日起一年，保費採月繳。
5. 保誠人壽不受理之既往症及現症略舉如下：
 1. 高血壓症、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、慢性支氣管炎。
 4. 肝硬化
 5. 腎病症候群、腎機能不全、尿毒。
 7. 癌症(惡性腫瘤)。
 8. 血友病、白血病、再生不良性貧血。
 9. 糖尿病、類風溼性關節炎、肢端肥大症。
 10. 紅斑性狼瘡、膠原症、潰瘍性大腸炎。
 11. 愛滋病或愛滋病帶原。
 12. 酒精或藥物濫用成癮。
 13. 持中度(含/以上)殘障手冊。

除上述常見病症之外，如有其他症狀再個別判定。

英國保誠人壽  保誠人壽保險股份有限公司
團體保險要保書

民國 91 年 12 月 17 日台財保字第 0910751476 號函核准
民國 100 年 07 月 21 日保誠總字第 1000354 號函備查

- ◎ 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。
- ◎ 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。
- ◎ 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。
- ◎ 查閱本公司『資訊公開』說明文件請連結網址<http://www.pcalife.com.tw> 或洽詢客戶服務專線：0809-0809-68。

保單號碼：_____ (由保誠人壽填寫)
 要保人：保誠很贊公司 負責人：張阿福
 地址(住所)：台北市信義區松智路1號8樓 承辦人：張小燕
 統一編號：12345678 電話：02-8786-9955 傳真：02-7745-2345
 E-MAIL：_____

營業性質：金融服務 營保職業災害編號：_____
 保險期間：中華民國 101 年 1 月 1 日午夜 12 時起至 102 年 1 月 1 日午夜 12 時止
 保險費繳納方式：年繳 半年繳 季繳 月繳

被保險人：詳如被保險人名冊
 特定事項：保險計劃與費率詳如團體保險計劃書
 其他：
 * 若要保人有投保健康保險、傷害保險契約時，於該契約之被保險人非因約定保險費者，本公司應按日數比例退還未滿期之保險費給要保人。契約終止時若要保人，即行終止；倘終止後有未滿期之保險費給本契約身故保險金之受益人。
 * 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。
 * 受益人：1. 殘廢保險金及醫療保險金之受益人：被保險人本人。
 2. 身故保險金或喪葬費用保險金受益人：詳被保險人名冊，如未指定則以法定繼承人。

請注意日期填寫方式
 需生效日前提出投保申請
 投保職災時
 務必填寫

* 要保人是否同意以下事項？是
 銷售人員已出示合格銷售資格證件，提供「保單條款樣本」、「投保人須知」及「要保書填寫說明」供要保人參閱，並已向要保人清楚解說前述文件內容。
 * 有關實支實付型醫療保險，要保書應揭露事項
 被保險人是否投保其他商業實支實付型醫療保險 請務必勾選

- 聲明事項：
- 本人(被保險人)同意 貴公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
 - 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、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之考，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。
 - 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司得依「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、電腦處理或國際傳用之權利。
 - 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摺，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。(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摺，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」型醫療保險適用)

公司章 保誠很贊
 福印 張阿

保經/保代 業務員簽名：金多利
 簽署章： 登錄字號：Q123456789

要保人(要保單位)章 負責人章

中華民國 101 年 1 月 1 日

若為經代招攬
 請務必蓋簽署
 人章

- ◎ 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。
- ◎ 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。
- ◎ 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。
- ◎ 查閱本公司「資訊公開」說明文件請連結網址 <http://www.pcalife.com.tw> 或洽詢客戶服務專線：0809-0809-08。

■ 要保人與被保險人應誠實告知，如因未誠實告知而影響保險公司對危險之評估，則保險公司得依保險法第六十四條解除契約，保險事故發生後亦同。相關規定，請詳閱「投保人須知」第二項，為了您的權益，請詳閱本健康聲明書內容並親自填寫。

■ 依保險法第一百二十七條規定：保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。

■ 本健康聲明書係本團體保險要保書之一部分。

要保人： <u>保誠很贊公司</u>	被保險人姓名： <u>張阿福</u>				
被 保 險 人 告 知 事 項					
1. 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 checked="" 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
2. 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 checked="" 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
3. 過去五年內是否曾患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ 1. 高血壓症(指收縮壓大於140mm-Hg或舒張壓大於90mm-Hg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。 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(GOT、GPT檢驗值異於檢驗標準的正常值)。 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、甲狀腺或副甲狀腺機能亢進或低下。 10. 紅斑性狼瘡、膠原症。 11. 愛滋病或愛滋病帶原。		<input checked="" 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
4. 過去一年內是否曾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、肝臟病、黃疸。 4. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 5. 痛風、高血脂症。 6. 青光眼、白內障。		<input checked="" 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
5. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。		<input checked="" 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
6. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ (投保 <u>傷害保險</u> 者，另須填寫)		<input checked="" 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
7-1. 過去二年內是否曾患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ 1. 高血壓症(指收縮壓大於140mm-Hg或舒張壓大於90mm-Hg以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 2. 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。 3. 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。 4. 糖尿病。 5. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 6. 視網膜出血或剝離、視神經病變。		<input checked="" 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
7-2. 目前身體機能是否有下列障害？(請勾選)					
1. 失明。		<input checked="" 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
2. 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，且一目視力矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表○.三以下。		<input checked="" 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
3. 聾。		<input checked="" 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
4. 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 checked="" 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
5. 啞。		<input checked="" 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
6. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。		<input checked="" 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
7. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。		<input checked="" 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

續下頁

被 保 險 人 告 知 事 項

(投保 <u>重大疾病壽險、健康保險或癌症保險</u> 者，另須填寫) 8. 過去一年內，是否曾罹患下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ 1. 胸廓畸形及脊柱彎曲移位。 2. 弱視、中耳炎、前庭神經炎、重聽。 3. 頭部外傷、骨折、脫臼、椎間盤症(分離、疝氣或脫出)、關節炎。 4. 甲狀腺腫、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、不整眠、蠶豆症、慢性胃炎。 5. 膽石症、膽囊炎、痔瘡、陰囊水腫、梅毒、淋病、疝氣、腎上腺機能亢進或低下。 6. 骨盆腔膜炎、前列腺肥大、腎結石、膀胱結石、尿道炎、尿管結石。 7. 周邊神經炎、顏神經炎、脊髓神經壓迫症、睡眠呼吸中止症、川崎症、良性腫瘤、精神疾病。	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
(投保 <u>癌症保險</u> 者，另須填寫) 9. 過去一年內，是否曾接受下列檢查或曾患下列疾病或異常症狀？ 1. 是否曾患B型或C型肝炎接受檢查或治療？ 2. 目前是否有腹、肝腫大、黃疸現象？ 3. 有否子宮頸抹片檢查異常記錄或婦科異常出血現象？ 4. 胸部(乳房)是否有腫塊或異常硬塊存在？ 5. 口腔內或皮膚上有否慢性潰爛不癒(超過兩週以上)？口腔內是否有異常腫塊或白斑存在？ 6. 是否吞嚥困難、大便出血現象？ 7. 頭部有否異常腫塊或不尋常腫大現象？	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
10. 婦女欄(女性被保險人填寫) 1. 目前是否懷孕？如是，已經幾週？_____週。 2. 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？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

告知事項說明欄：若答案為「是」，請詳填下表

被保險人姓名	題號	疾病名稱/健檢原因	大約初診及最 後診治日期	就診醫院	門診	是否手術/手術名稱	是否住院/住院日	目前狀況
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，約 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，約 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，約 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，約 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	

聲明事項：

- 本人(被保險人)同意 貴公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- 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。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司得依「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。
- 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。(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，但 貴公司應以「日額」方式給付。(實支實付型醫療保險適用)

被保險人同意及簽署： <u>張阿福</u>	被保險人同意及簽署：_____	未成年者法定代理人簽署：_____
被保險人同意及簽署：_____	被保險人同意及簽署：_____	法定代理人與 被保險人關係：_____

◎未滿七足歲者，由法定代理人代為簽名；七足歲(含)以上未滿二十足歲者，請由本人及法定代理人親自簽名。不識字者得以捺指印代替簽名並蓋印章於旁，但須有二位以上的見證人在旁簽名，惟見證人不得為業務員及本件受益人，同時須註明見證人身分証字號、簽署日期及其與被保險人之關係。

要保單位簽章：_____	負責人簽章：_____	要保單位、負責人、保經/ 保代簽署章等欄位務必要 蓋章且與要保書樣式相符
保經/保代 簽署章： <u>簽署章</u>	業務員簽名： <u>查多利</u>	核定： _____
	登錄字號： <u>Q123456789</u>	