

# 【全家福新超值專案】

(本團保專案自 102 年 07 月 01 日起限使用本參加表方可加保)

## 教師會~教職員工專屬自費團體保險計劃內容

(說明) 本專案需經遠雄人壽同意後，要保單位及被保險人方可受理加保，並以保險公司指定保單生效日為準。

### 保險計劃內容

險 種	計劃一	計劃二	計劃三	計劃四	計劃五	
投 保 對 象	本人、配偶、 15 歲以上子女	本人、配偶	本人、配偶	父母	未滿 15 歲之子女	
初 次 投 保 年 齡	65 歲以下	55 歲以下	55 歲以下	70 歲以下	15 歲(含)以下	
團體一年定期壽險	100 萬	200 萬	300 萬	---	---	
重大疾病先行給付保險金	20 萬	40 萬	60 萬	---	---	
團體傷害保險	100 萬	200 萬	300 萬	100 萬	---	
重大燒燙傷保險金	15 萬—100 萬	30 萬—200 萬	45 萬—300 萬	15 萬—100 萬	---	
團體傷害醫療保險-實支實付 A 型	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	
團體住院醫療日額(限 100 天)	1500 元	1500 元	1500 元	1000 元	1500 元	
加護病房(限 14 天)	3000 元	3000 元	3000 元	2000 元	3000 元	
新團體癌症保險						
癌症住院醫療保險金	3000 元/日	3000 元/日	3000 元/日	1000 元/日	3000 元/日	
癌症手術醫療保險金	30000 元/次	30000 元/次	30000 元/次	10000 元/次	30000 元/次	
癌症放射線治療保險金	3000 元/日	3000 元/日	3000 元/日	1000 元/日	3000 元/日	
癌症化學治療保險金	3000 元/日	3000 元/日	3000 元/日	1000 元/日	3000 元/日	
癌症身故保險金	30 萬元	30 萬元	30 萬元	10 萬元	30 萬元	
每人年繳保費	2866 元	4680 元	6494 元	2860 元	1052 元	
險 種	計劃六	計劃七	計劃八	計劃九	計劃十	計劃十一
投 保 對 象	本人、配偶、 15 歲以上子女	本人、配偶	本人、配偶	本人、配偶、 15 歲以上子女	未滿 15 歲之 子女	父母
初 次 投 保 年 齡	65 歲以下	55 歲以下	55 歲以下	65 歲以下 (無附在職證明者)	本人選擇計劃九之 15 歲以下子女	本人選擇計劃九 之父母
團體一年定期壽險	100 萬	200 萬	300 萬	---	---	---
重大疾病先行給付保險金	20 萬	40 萬	60 萬	---	---	---
團體傷害保險	100 萬	200 萬	300 萬	100 萬	---	100 萬
重大燒燙傷保險金	15 萬—100 萬	30 萬—200 萬	45 萬—300 萬	15 萬—100 萬	---	15 萬—100 萬
團體傷害醫療保險-實支實付 A 型	---	---	---	3 萬	3 萬	3 萬
團體傷害醫療保險-日額型	---	---	---	1000 元	1000 元	1000 元
團體住院醫療日額(限 30 天)	---	---	---	1000 元	1000 元	1000 元
加護病房(限 14 天)	---	---	---	2000 元	2000 元	2000 元
每人年繳保費	1815 元	3630 元	5445 元	2500 元	1952 元	2860 元

### 服務窗口

服務窗口	<b>※ 遠雄人壽~堅強企業集團</b> ●建設營造事業/遠雄建設 ●金融保險事業/遠雄人壽 ●空運物流事業/遠雄自由貿易港區 ●巨蛋園區事業/遠雄巨蛋 ●遊憩休閒事業/花蓮遠雄悅來大飯店/遠雄海洋公園 ●商務招商事業 ●網路服務事業 ●文教醫療公益 ●海外發展事業
服務時間	
服務人員	
公司名稱	

**保險範圍說明**(本說明僅供參考詳細內容請參閱要保單位之保單條款及批註條款約定)

<b>團體一年定期壽險</b>	保險有效期間內，發生殘廢(全殘)或死亡時，本公司依照契約的約定給付保險金。若罹患重大疾病其中一項(心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術、腦中風、慢性腎衰竭、癌症、癱瘓、重大器官移植手術)，先行給付定期壽險保額之 20%。
<b>團體傷害保險</b>	保險有效期間內，因遭受意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起 180 日內死亡或殘廢者，本公司依照契約的約定給付身故保險金或殘廢保險金。若是造成重大燒燙傷，於意外事故發生日之翌日零時起至屆滿 120 小時止仍存活者，本公司另行給付重大燒燙傷保險金。
<b>團體傷害醫療保險-實支實付 A 型</b>	保險有效期間內，因遭受意外傷害事故，經合格的醫院或診所治療者，本公司依照契約的約定給付保險金，未提出以全民健保身份就診之證明者，本公司以實際應支付的醫療保險金之 65%核算給付保險金。
<b>團體傷害醫療保險-日額型</b>	保險有效期間內，因遭受意外傷害事故必須住院醫療時，本公司依照契約的約定給付保險金，每次事故最高給付 180 天。若因骨折未住院治療，或已住院但未達骨折別所定日數時，其未住院部份本公司依骨折別所定日數乘「傷害醫療保險金日額」的二分之一給付。合計給付日數以按骨折別所訂日數為上限。
<b>團體住院醫療日額</b>	保險有效期間內，因傷害或疾病必須住院醫療時，本公司依照契約的約定給付保險金，每次事故最高給付 100 天。若住入加護病房，雙倍給付，最高給付 14 天。新加保者，有 30 天等待期之限制。例：投保計劃一，申請加護病房保險金 3000 元/日後，則不可再申請一般住院醫療保險金 1500 元/日。(計劃九~計劃十一，每次事故最高給付 30 天。)
<b>新團體癌症醫療保險</b>	被保險人於其保險有效期間內，經醫師診斷為初次罹患癌症，本公司依照契約的約定給付保險金。癌症化學治療保險金和癌症放射線治療保險金，每日限申請一次且僅能擇一申請。新加保者，有 30 天等待期之限制。

**參加資格及投保計劃**

被保險人	參加資格	投保計劃(主保險部分)
會員本人	初次投保年齡至 65 歲止，如保險公司同意續保則可續保至 70 歲止。 (計劃二、三、七、八初次承保年齡限 55 歲以下)	※ 新加保可選擇計劃一至計劃三之任何一種參加，或可選擇計劃六至計劃九任何一種，但一經選定保單年度內不得再變更。 ※ 會員本人續保時如年齡超過 55 歲(含)時，續保時如未再檢附仍在職證明，則投保計劃調整為計劃九(配偶、子女同時調為計劃九、15 歲以下子女調為計劃十、父母調為計劃十一)。
配偶	1. 會員合法之夫或妻，若會員退保或喪失投保資格，配偶亦不具投保資格。初次投保年齡至 65 歲止，如保險公司同意續保則可續保至 70 歲止。 2. 配偶投保計劃不可超過會員本人。	新加保可選擇計劃一至計劃三之任何一種參加，或可選擇計劃六至計劃九任何一種，但一經選定保單年度內不得再變更，且參加計劃別之保險金額不得超過會員本人。
子女	出生且正常出院，如保險公司同意續保則可續保至 25 歲止，且滿 20 歲需附在學證明文件。	可選擇計劃一、計劃五、計劃六、計劃九或計劃十之任何一種參加。 <b>(未滿 15 足歲限參加計畫五或計劃十)</b>
父母	初次投保年齡至 70 歲止，如保險公司同意續保則可續保至 75 歲止。	限參加計劃四或計劃十一。
備註	會員本人參加，始得附加眷屬，眷屬投保保額不得超過會員本人。	

**投保及續保應注意事項**

- 參加本保險計劃須填寫「健康聲明書」。教師會會員：並檢附當年度「中華民國全國教師會會員卡」正反面影本；如為「55 歲(含)以上」之會員則須再檢附一個月內之「教職員在職證明文件正本(須加蓋學校大小章)」。
- 會員教職退休或離職後保險公司不再承保，並喪失續保資格。
- 會員若超過 55 歲(含)時，每年續保時須再檢附三個月內有效「教職員在職證明」文件正本(不含識別證)。若無三個月內有效之「教職員在職證明」文件正本之會員，則投保計劃調整為「計劃九」。其配偶及子女僅能選擇「計劃九」，未滿十五歲子女僅能選擇「計劃十」，父母僅能選擇「計劃十一」。
- 保險費一律採「年繳」方式，已參加之人員中途不辦理退保，採一年一簽制。亦無退還所繳保費。
- 被保險人如具有會員身份時，不得再以眷屬身份投保。配偶之定期壽險或傷害保險保額不得高於會員本人。
- 每月 20 日前，由保險經紀人公司服務人員收件或投保單位彙集寄達保險公司辦理加保(超過每月 20 日則延至下月受理)。若有補辦事項，最遲每月 25 日前補辦完成，經保險公司審核通過，以次月 1 日為其生效日。若未補全完成，則以補全完成且經保險公司審核通過後之次月 1 日起生效。
- 團體保險為一年期保單非終身型保單，需每年續約，一年一約，不保證續保。
- 保險有效期間內，中途離職其效力仍延至保險屆滿日止。
- 要保單位及被保險人同意取消保單條款更約權。

# 【全家福新超值專案】教職員工專屬自費團體保險參加表

被保險人加保同意書—被保險人皆已了解本團體保險專案之內容及相關約定條件，並自保險公司審核通過後，方可生效。

<input type="checkbox"/> <b>是的,我要參加</b> (茲勾選保險計劃如下)	
會員本人	<input type="checkbox"/> 計劃一(年繳保費 2866 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃二(年繳保費 4680 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃三(年繳保費 6494 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃六(年繳保費 1815 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃七(年繳保費 3630 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃八(年繳保費 5445 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃九(年繳保費 2500 元)。
配偶	<input type="checkbox"/> 計劃一(年繳保費 2866 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃二(年繳保費 4680 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃三(年繳保費 6494 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃六(年繳保費 1815 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃七(年繳保費 3630 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃八(年繳保費 5445 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃九(年繳保費 2500 元)。
子女	<input type="checkbox"/> 計劃一(年繳保費 2866 元)、子女__人、 <input type="checkbox"/> 計劃五(年繳保費 1052 元)、子女__人、 <input type="checkbox"/> 計劃六(年繳保費 1815 元)、子女__人、 <input type="checkbox"/> 計劃九(年繳保費 2500 元)、子女__人、 <input type="checkbox"/> 計劃十(年繳保費 1952 元)、子女__人
父母	<input type="checkbox"/> 計劃四 (年繳保費 2860 元)、 <input type="checkbox"/> 父 ; <input type="checkbox"/> 母, 共__人參加 <input type="checkbox"/> 計劃十一(年繳保費 2860 元)、 <input type="checkbox"/> 父 ; <input type="checkbox"/> 母, 共__人參加

## 被保險人(會員本人)/ 加保之基本資料

(計劃一、六、九初次投保年齡 65 歲以下, 計劃二、三、七、八初次投保年齡 55 歲以下, 如保險公司同意續保, 則可續保至 70 歲。)

姓名	出生日期	民國 年 月 日	身份證字號	保險公司註記欄		
聯絡地址				電話 H	員工編號	投保等級
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上				電話 O	
服務單位				身故保險金 受益人 (請詳細填寫)	姓名	
E-MAIL					與被保人 關係	

## 加保之眷屬資料

(父母初次投保年齡至 70 歲止, 如保險公司同意續保, 則可續保至 75 歲。子女須出生且已健康出院, 如保險公司同意續保, 則可續保至 25 歲。)

關係	姓名	出生日期 (民國年/月/日)	身份證字號	工作內容 (請務必填寫)	身故保險金受益人 (請詳細填寫)		保險公司註記欄	員工 編號	眷 編	職 別	投保 等級
					姓名	與被保人 關係					
配偶							<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外				
子女							<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外				
子女							<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外				
子女							<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外				
父母							<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外				
父母							<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外				

- ◎本保險契約之殘廢保險金、醫療保險金受益人限被保險人本人。
- ◎本公司同意本契約之眷屬各項醫療保險金由該員工代為請領, 即保險給付之受款人為員工本人。
- ◎僅受理「職業類別第一、二類」之被保險人。
- ◎本保險計劃, 中途恕不辦理退保。
- ◎本國籍人士, 一律免體檢, 只須填具『被保險人參加同意書』及『健康聲明書』。
- ◎外籍人士僅能選擇加保「計劃一」或「計劃六」, 且須另作「自費體檢」, 方可加保。

保單  
號碼  
  
單位  
代號

信用卡卡號	信用卡有效期限	至西元_____年 _____月止
發卡銀行	填表日期	民國 年 月 日
持卡人簽名		

### 【被保險人同意事項】

- 本人(被保險人)謹此聲明本同意書內所載各項陳述均屬事實, 絕無故意隱匿, 過失遺漏, 或為不實之說明。
- 本人已瞭解「全家福新超值專案」之保障內容以及有關事宜, 且同意成為以教師會為要保人, 向 貴公司要保「全家福新超值專案」成為被保險人之一。若教師會與遠雄人壽雙方解除或終止合約, 則參加本保險之員工(會員)及其眷屬保險將隨同終止。
- 要保單位及被保險人已瞭解且同意, 本保險為一年期契約, 保險一年期滿後保險公司保留個別被保險人是否繼續續保之權利(即個別被保險人不保證續保), 及保險公司有權利自續保時可調整被保險人至適當投保等級。
- 本人同意透過本同意書所授權之信用卡帳戶支付保險費, 並支付遠雄人壽。除本人另行向 貴公司提出書面退保通知, 此同意書將繼續有效。特此聲明 此致 遠雄人壽保險事業股份有限公司。

### 【聲明事項】

- 本人(被保險人)同意遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)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)同意遠雄人壽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之依據。
- 本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽就本人之個人資料, 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。

保險公司 審核欄	遠雄人壽核定保險生效日自_____年_____月_____日零時起	保險公司主管	保險公司經辦

核准文號：民國 92 年 12 月 24 日台財保字第 0920752304 號函 備查文號：民國 102 年 07 月 01 日 (102) 遠雄壽字第 914 號函

保單號碼	要保單位	與被保險人(員工/會員)關係		<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 本人配偶			
				<input type="checkbox"/> 本人子女	<input type="checkbox"/> 本人父母			
被保險人姓名	出生日期	身份證字號	編號	配偶姓名	子女 1 姓名	子女 2 姓名	父親姓名	母親姓名

**【被保險人健康告知事項】**

※要、被保險人對於告知事項詢問，應據實說明，並親自填寫清楚，如有故意隱匿、過失遺漏或不實之說明，依保險法第六十四條規定，本公司得解除契約。保險事故發生後亦同。

被保險人目前身高、體重	本人	配偶	子女1	子女2	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

**投保 壽險 或 健康保險 者請勾選**

一、過去兩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)	是	否	是	否	是	否	是	否
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

三、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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(一) **高血壓症** (指收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 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**、**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 值檢驗值有異常情形者)。

(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**、**愛滋病**或**愛滋病帶原**。

(十一) **梅毒**。

(十二) **淋病**。

(十三) **乙型肝炎**。

(十四) **丙型肝炎**。

(十五) **慢性腎臟病**。

(十六) **慢性阻塞性肺病**。

(十七) **慢性胃炎**、**胃潰瘍**、**十二指腸潰瘍**或**出血**、**潰瘍性大腸炎**、**胰臟炎**。

(十八) **肝炎病毒帶原**、**肝膿瘍**、**黃疸**、**慢性支氣管炎**、**氣喘**、**肺膿瘍**、**肺栓塞**。

(十九) **痛風**、**高血脂症**、**青光眼**、**白內障**。

(二十) **乳腺炎**、**乳漏症**、**子宮內膜異位症**、**陰道異常出血**。(女性被保險人請回答)

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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(一) **酒精或藥物濫用成癮**、**眩暈症**、**食道**、**胃**、**十二指腸潰瘍**或**出血**、**潰瘍性大腸炎**、**胰臟炎**。

(二) **肝炎病毒帶原**、**肝膿瘍**、**黃疸**、**慢性支氣管炎**、**氣喘**、**肺膿瘍**、**肺栓塞**。

(三) **痛風**、**高血脂症**、**青光眼**、**白內障**。

(四) **乳腺炎**、**乳漏症**、**子宮內膜異位症**、**陰道異常出血**。(女性被保險人請回答)

五、目前是否已確知懷孕？如是，(已懷孕 週) (女性被保險人請回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

六、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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

七、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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**投保 傷害險 者請勾選**

八、過去二年內是否曾因患有第三、四項底線標示之疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？	是	否	是	否	是	否	是	否
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

九、目前身體機能是否有下列障害？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(一) **失明**、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。

(二) **聾**、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、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害。

(三) **四肢** (含手指、足趾) 缺損或畸形。

上述任何一項勾選『是』者，請標明題號，並將病狀病名、就診或檢驗及住院大約時間、醫院名稱、治療及結果說明於下：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**【聲明事項】**  
 一、本人(被保險人)同意遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)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。  
 二、本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽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之依據。  
 三、本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽就本人之個人資料，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。

被保險人親簽：(本人) \_\_\_\_\_ / (配偶) \_\_\_\_\_ / (子女1) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ / (子女2) \_\_\_\_\_ / (父親) \_\_\_\_\_ / (母親) \_\_\_\_\_

未成年法定代理人親簽：\_\_\_\_\_ 中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

保險公司核保欄	審核結果說明： <input type="checkbox"/> 檢附問卷 <input type="checkbox"/> 檢附除外同意書 <input type="checkbox"/> 其他：
---------	--

要保單位及負責人蓋章	保險公司經辦
------------	--------

※塗改處請被保險人簽名