

保單號碼： G 300046032

國泰人壽團體保險被保險人名冊(定期險)

報備號碼：

傳真號碼： 03-542506

(新契約 加保 退保)

要保單位： 佛光大學

受理編號黏貼處

關係 1	被保險人			勞保 投保薪資	月薪	職業 類別	工作內容	投保 等級	生效日	受益人姓名	關係 2	被保險人 簽章	備註 (員工ID/部門/編號) (法定代理人簽章)
	身分證號碼	姓名	出生日期										

填表說明：

1. 生效日：(1)以書面通知或傳真之翌日零時生效，如另有批註條款者，依其批註。
(2)指定延後生效者，以指定之生效日零時起生效。
2. 關係1：係被保險人與員工之關係，請依員工本人0、配偶1、子女2、父母3之代碼填寫。
3. 關係2：係被保險人與受益人關係，請依配偶1、子女2、父母3、祖父母4、孫子女5、兄弟姐妹6、法定繼承人7、勞保條例受益人8、依批註9之代碼填寫。
4. 勞保薪：投保職平險之契約，始須填寫本欄。
5. 月薪：投保職平險或以薪資倍數計算保額之契約，始須填寫本欄。
6. 受益人：員工之身故受益人指定以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。
7. 備註欄：被保險人若為眷屬，請於備註欄註明員工ID。若有員工部門或編號亦請註明。若已加入之眷屬勿再填入。
未成年之被保險人請法定代理人於此欄簽章。
8. 本人之簽章即表示已獲得並了解貴公司有關個人資料保護法規定所應告知內容及相關查詢管道。



10103



710201

要保單位章

負責人簽章

保險公司專用欄	茲經 貴單位通知，本公司同意被保險人之異動事項，自民國 年 月 日上午零時起開始生效。	行政中心		服務中心	
		核定	經辦	複核	經辦

連絡人： _____

電話：() _____

傳 真：() _____

申請日期： 年 月 日

服務人員： 游象杰

ID： _____

轄 區： G130008

電話：(03)9573416

保單號碼

G300046032

條碼區

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 95 年 12 月 1 日國壽字第 95120001 號備查

中華民國 102 年 8 月 1 日國壽字第 102080002 號備查

※本投保申請書暨健康告知聲明書係附於並構成「國泰人壽團險保險要保書」之一部分。

壹、被保險人基本資料

要保單位：_____ 員工編號：_____

被保險人	姓名	職業/工作內容	出生 年月日	身分證字號	投保 計畫別	身故保險金或喪葬費用 保險金受益人		
						姓名	身分證字號	關係
本人					計畫____			
配偶					計畫____			
子女 1					計畫____			
子女 2					計畫____			
父親					計畫____			
母親					計畫____			

貳、告知事項 ※注意：要保書附記之()數字係指「要保書填寫說明例示」之案例。

被保險人目前之身高、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
※下面各欄內請由被保險人親自以「✓」表示告知(16) 有投保壽險者，請回答下列 1-7 項之問題： 有投保健康險者，請回答下列 1-8 項之問題： 有投保傷害險者，請回答下列第 9 項之問題：	是否	是否	是否	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？(17)(19)	<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)。(17)(18)	<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)痛風、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？(17)(20)	<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？(17) (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"/>
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"/>



711071



10202 版

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？	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
8. (一)現在是否仍患有上述 1-7 項所列疾病？ (二)現在是否仍患有下列疾病： (1)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、史蒂芬一強生症候群、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。 (2)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。 (3)結核病、腦膜炎、梅毒、腦炎、水腦症。 (4)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。 (5)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。 (6)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)。 (7)肝腫大、消化性潰瘍或出血、慢性胃炎、肝膽結石、腸阻塞。 (8)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。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
9. (一)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 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 (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 (二)目前身體機能是否有下列障害： (1)失明。 (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 目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 0.3 以下。 (3)聾。 (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 50 分貝(dB)以上。 (5)啞。 (6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 (7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
※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载本人資料轉送產、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。

※本要保書告知事項均經本人確認，如有虛偽，不實或不盡之情事者，願依保險法第六十四條：「訂立契約時要保人(包括被保險人)對保險人(保險公司)之書面詢問，應據實說明，如有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。」之規定，接受 貴公司解除，絕無異議。

※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：_____ / _____ / _____ / _____ / _____

法定代理人簽名：1. _____ 關係 _____ 2. _____ 關係 _____ 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

業務員 1	簽名： ID：	業務員 2	簽名： ID：	業務員 3	簽名： ID：	業務員 4	簽名： ID：
業務員 5	簽名： ID：	業務員 6	簽名： ID：	業務員 7	簽名： ID：	業務員 8	簽名： ID：
業務員 9	簽名： ID：	業務員 10	簽名： ID：	業務員 11	簽名： ID：	業務員 12	簽名： ID：



711072



10202 版