

## 臺北市政府所屬各機關學校自費團體保險加入調查表

保單號碼	G30810-00	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、請填寫該欄位】

姓名		出生日期		身分證字號	
單位／部門		職稱		員工編號	
行動電話		通訊地址	□□□		
單位電話	( )	電子信箱			

## 貳、投保名單與基本資料【請正楷填寫】

關係	投保內容	姓名	出生日期 (民國)年/月/日	身分證字號	投保計劃		保費(元)
					去年	今年	
本人	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
配偶	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
父親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
母親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						

第一次投保請勾選「加保」；如續保時欲變更投保計劃請勾選「變更」。

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，匯入本授權書所約定之授權人帳戶。

本人已詳閱「保障計劃簡表」並知悉相關內容。

總保費(合計)：\_\_\_\_\_元、員工本人親簽：\_\_\_\_\_

國泰人壽內部使用			
項目	服務人員	收件日	生效日
<input type="checkbox"/> 新契約投保			
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			

服務機關(蓋章處)	承辦人章	員工
		<input type="checkbox"/> 在職 <input type="checkbox"/> 已退休



700097



10301 版

# 104 年度臺北市政府所屬各機關學校員工及其眷屬自費團體保險保障計畫簡表

## 一、團體保險保障計畫簡表

單位：新臺幣

保障內容／投保計劃			投保計劃 01					
			現職				退休人員	
			員工	員工配偶	員工子女	員工父母	65 歲以上	未滿 65 歲
團體定期壽險			100 萬	100 萬	/	/	/	50 萬
團體傷害保險			100 萬	100 萬	100 萬	50 萬	50 萬	100 萬
燒燙傷保險金			35 萬	35 萬	35 萬	18 萬	18 萬	35 萬
傷害醫療限額保險金			1 萬	1 萬	1 萬	1 萬	1 萬	1 萬
團體 全意 住院 醫療 擇優 給付	實支實付型	每日病房費用保險金 (最高給付 365 日)	1,100 元	1,100 元	1,100 元	1,100 元	1,100 元	1,100 元
		住院醫療費用保險金 (含醫師診察費)	3.5 萬	3.5 萬	3.5 萬	3.5 萬	3.5 萬	3.5 萬
		住院手術費用保險金	5.5 萬	5.5 萬	5.5 萬	5.5 萬	5.5 萬	5.5 萬
	日額給付型	住院日額保險金 (最高給付 365 日)	1,100 元	1,100 元	1,100 元	1,100 元	1,100 元	1,100 元
※住院醫療擇優給付方式為「實支實付型」或「日額給付型」兩者擇優給付。								
團體 醫療 保險	急診保險金(限額)		1,100 元	1,100 元	1,100 元	1,100 元	1,100 元	1,100 元
	加護或燒燙傷病房保險金(14 天)		1,100 元	1,100 元	1,100 元	1,100 元	1,100 元	1,100 元
	門診手術保險金(限額)		1 萬	1 萬	1 萬	1 萬	1 萬	1 萬
	住院回診保險金(兩週內)		500 元	500 元	500 元	500 元	500 元	500 元
團體 癌症 保險	癌症住院醫療保險金		2,000 元	2,000 元	2,000 元	/	/	1,000 元
	癌症門診醫療保險金		1,000 元	1,000 元	1,000 元	/	/	500 元
	癌症住院手術保險金(含原位癌)		3 萬	3 萬	3 萬	/	/	1.5 萬
	癌症出院療養保險金		2,000 元	2,000 元	2,000 元	/	/	1,000 元
	癌症治療保險金		2,000 元	2,000 元	2,000 元	/	/	1,000 元
	癌症身故保險金		50 萬	50 萬	50 萬	/	/	25 萬
每人保費(半年繳)			1,975 元	1,975 元	1,062 元	3,606 元	3,606 元	4,925 元

註：本保障計畫簡表僅供參考，詳細內容、保險說明及給付限制，皆以保單條款為準。

## 二、投保資格(現職員工投保後，其眷屬始具投保資格；退休人員限本人投保)

1. 現職員工與其配偶承保年齡為 15 足歲至 65 足歲止。
2. 現職員工子女承保年齡為出生後（於醫院診所生產之新生兒，須至正常出院後）至 26 足歲止。
3. 現職員工父母承保年齡至 75 足歲止，然初次投保限未滿 65 足歲。
4. 現職員工如離職或退休，現職員工及其眷屬之保險效力仍持續至 105/3/31 止。
5. 未滿 65 足歲現職員工退休時，如欲繼續投保本自費團體保險，限投保「未滿 65 歲退休人員」方案至 65 足歲止；滿 65 足歲以上退休人員，如欲繼續投保本自費團體保險，限投保「65 歲以上退休人員」方案至 75 足歲止。



700098



10301 版

### 三、投保須知

1. 本團體保險生效後，保險效力皆持續至 105/3/31 止。
2. 104/3/31 前已投保本團體保險、或自其他保險公司移轉至本公司接續投保者，團險住院醫療保險無 30 日等待期；但 104/4/1 起新加入投保者皆適用 30 日等待期。
3. 104/3/31 前已投保者，此次投保請填寫臺北市政府所屬各機關學校自費團體保險加入調查表、及保險費約定付款授權暨電子單據服務申請書等二份文件，身故保險金或喪葬費用保險金受益人一律為法定繼承人；如欲個別指定受益人，請填寫國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知書第壹項被保險人及身故保險金或喪葬費用保險金受益人等資料，並於第二頁被保險人簽名處簽名；如有未滿 20 歲之子女，須請法定代理人一併簽名。
4. 104/4/1 起新加入投保者，請填寫臺北市政府所屬各機關學校自費團體保險加入調查表、國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知書、及保險費約定付款授權暨電子單據服務申請書等三份文件，身故保險金或喪葬費用保險金受益人概為法定繼承人；如欲個別指定受益人，請填寫國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知書第壹項被保險人及身故保險金或喪葬費用保險金受益人等資料，並於第二頁被保險人簽名處簽名；如有未滿 20 歲之子女，須請法定代理人一併簽名。
5. 繳交保險費限以「信用卡」或「郵局帳戶」授權「國泰人壽保險股份有限公司」扣款；如以郵局帳戶扣款者，請同時提供郵局存摺帳戶封面頁及印鑑頁影本。保費一律以「半年繳」扣款，不接受選擇或變更。
6. 新加入投保者須於每月 5 日前向本公司提出申請，如遇資料未齊者，須於每月 20 日前補全完成，經本公司審核通過後，自次月 1 日起生效；逾期未補全資料者，該次加保申請不予受理。
7. 臺北市政府所屬各機關學校自費團體保險加入調查表須經所屬服務機關及承辦人員加蓋戳章後，本公司始受理申請。
8. 未滿 15 歲子女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為被保險人，傷害保險死亡保險金給付部分無效，僅有殘廢保險金給付。（請參閱保險法第 107 條及保單條款）



700098



10301 版

# 國泰人壽保險股份有限公司 (團體保險自費件專用)

## 保險費約定付款授權暨電子單據服務申請書

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。

※簽訂本授權書後,繳交續期保險費時,一律以 **E-mail** 郵寄送金單及相關明細。

1. 國泰人壽依本授權書之 E-mail 寄發送金單、相關通知等資料;如 E-mail 有變更時,應即書面通知國泰人壽。
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。
3. 保險契約如經二次扣款不成功,國泰人壽得自該期起暫停以自動轉帳/信用卡扣款,請您繳交自欠繳之該期起至應繳之當期止之保險費(月繳者須繳至應繳當月),國泰人壽將自您繳足保險費後恢復自動轉帳/信用卡扣款。

新投保件       變更申請      申請日期: 民國      年      月      日

約 保 險 契	要保單位	公司行號名稱: 臺北市公務人員協會										
	保單號碼 (或受理編號)	G	3	0	8	1	0	-	0	0	備	註
要保單位確認事項:											要保單位簽章	
1. 您的簽章即表示同意申請本保單之電子單據服務且瞭解並同意本申請書背頁「保險費約定付款授權暨電子單據服務約定條款」,國泰人壽將以電子郵件【E-mail】方式提供送金單、相關通知等資料,如需紙本,請另與服務人員聯繫。 3. 您的簽章即表示確已審閱並瞭解本授權書背頁有關「個人資料保護法應告知事項」。											此欄無需簽章	
授 權 帳 戶 / 信 用 卡	<input type="checkbox"/> 郵政存簿儲金 局號: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> 帳號: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>											
	<input type="checkbox"/> 信用卡 卡號: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 發卡機構: _____ 銀行 有效期限: <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 年至 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <small>※本授權書僅適用於 VISA、MASTER、JCB 及聯合信用卡;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,請主動聯繫服務人員。</small>											
授 權 人 資 料	授權人限員工本人(且該員工須為本保單之被保險人)											
	授權人姓名											
	身分證字號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	出生年月日	民國	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日				
	聯絡電話											
	行動電話											
E-mail												
(請務必詳實填寫電話及 E-mail)												
存款銀行核對印鑑												
主管					經辦							
以下由「送件人」填寫 以下由國泰人壽送件人填寫											以下由「國泰人壽」填寫 受理單位:	
送件人(確認人)簽名											主管(覆核)	
送件人身分證字號											經辦	
送件人連絡方式											電話(手機)	



\*000161\*



\*10403\*



## 【保險費約定付款授權暨電子單據服務約定條款】

### 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／信用卡帳戶，以自動轉帳／信用卡扣款交付保險費。
- 三、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。
- 四、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。
- 五、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或信用卡自動交付保險費者，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授權人。
- 六、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。
- 七、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。
- 八、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。
- 九、本授權書不論授權成功與否，均不退還。

### 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、授權人或要保人於簽署授權書後，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，匯入本授權書所約定之授權人帳戶。

### 參、續期保險費條款

- 一、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，依保險單所載保險費交付日期為1至10日(信用卡則為1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11至20日(信用卡為10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21日至月底者，以當月29日為轉帳扣款基準日(惟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／確認額度。
- 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／發卡機構無法辦理扣款者，不生授權之效力。
- 四、保險契約如經二次扣款不成，則國泰人壽得自該期起暫停自動轉帳／信用卡扣款；於保戶自行清償自欠繳之該期起至應繳之當期止之保險費後(月繳者須繳至應繳當月)，國泰人壽將恢復自動轉帳／信用卡扣款。
- 五、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授權人。
- 六、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收或溢繳時，則得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本授權書所約定之授權人帳戶。

### 肆、電子單據服務約定條款

- 一、申請電子單據服務者，相關單據或通知即改以電子郵件(E-mail)方式寄送，不再送交紙本。
- 二、日後若依法令或主管機關規定，前述電子單據須以紙本寄送者，國泰人壽得逕改以紙本交付，不再以電子郵件方式寄送。
- 三、申請人同意日後若於國泰人壽其他文件(如：要保書、變更申請書等)中所填寫之電子郵件地址(E-mail Address)與本申請書所載不符時，國泰人壽得逕以所知悉申請人之最新電子郵件地址寄發電子單據。
- 四、未約定事項悉依個別保險契約條款及國泰人壽相關作業規定辦理。

## 【個人資料保護法應告知事項】

國泰人壽係為人身保險服務及執行、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或依法令規定要求期間內，以電子檔或紙本形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。若您選擇不提供或是提供之資料不完全時，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。

保單號碼

G30810-00

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 102 年 3 月 1 日國壽字第 102030032 號備查

中華民國 104 年 1 月 26 日國壽字第 104010594 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：

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



711074



10401 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？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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。 (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、骨盆腹膜炎、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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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、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 (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。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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之本人資料轉送產、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。
- 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。
  - 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： 登錄證字號：	業務員 2 簽名： 登錄證字號：	業務員 3 簽名： 登錄證字號：	業務員 4 簽名： 登錄證字號：
業務員 5 簽名： 登錄證字號：	業務員 6 簽名： 登錄證字號：	業務員 7 簽名： 登錄證字號：	業務員 8 簽名： 登錄證字號：



711075

10401 版



# 個人資料保護法應告知事項

親愛的客戶您好，感謝您選擇本公司提供之保險及服務，謹致謝忱！

國泰人壽保險股份有限公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

## 一、蒐集之目的：

- （一）人身保險（00一）
- （二）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（一八一）

## 二、蒐集之個人資料類別：

包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址及其他一切基於保險契約所提供之個人資料。

## 三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：

- （一）期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
- （二）對象：本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司及依法有調查權機關或金融監理機關。
- （三）地區：上述對象所在之地區。
- （四）方式：合於法令規定之利用方式。

## 四、依據個資法第三條規定， 台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

- （一）得向本公司行使之權利：
  - 1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
  - 2. 向本公司請求補充或更正。
  - 3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。惟因執行職務或業務所必須之個人資料，本公司依個資法第11條規定，得拒絕 台端之請求。
- （二）行使權利之方式：書面、電子郵件、傳真、電子文件。

## 五、 台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法承保。



000277



10201 版