



明志科技大學台灣人壽團體保險被保險人加入表

3300389433

員工代號	員工姓名	公司電話	分機
部門名稱	行動電話	Email	
地址 如未填寫則以要保人(要保單位)最後所留之地址為被保險人之聯絡地址，作為日後之通知依據。			

【被保險人基本資料暨聲明事項】

1. 本人(員工)暨眷屬同意參加本保險計畫，經台灣人壽核保通過後並同意繳交保險費。
2. 被保險人(本人/眷屬)同意台灣人壽團體保險之自費件實支實付型醫療保險累計限投保二張(傷害醫療及住院醫療採分別計算)，若超過前述限額者，台灣人壽可主動取消本次該險種之投保，其餘內容維持不變。(若無勾選則視為不同意)
3. 本人(被保險人)同意台灣人壽將本申請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之依據。
4. 本人(被保險人)同意台灣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	異動類別	被保險人姓名 (請親自簽名)	出生(民國) 年月日	身分證統一編號 /護照/居留證號		工作內容	計畫別	身故保險金或喪葬費用保險金受益人 (以被保險人家屬或法定繼承人為限) (註2)		
				外籍人士請填國籍、性別				姓名	身分證統一編號 /護照/居留證號	關係
1 本人 (法定代理人) (註1)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
2 配偶	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
3 子女 (1)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
3 子女 (2)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
3 子女 (3)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
3 子女 (4)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
4 父親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					
5 母親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更			國籍	性別					

上述被保險人目前是否受有監護宣告?
否
是(請填寫被保險人姓名: _____, 並請提供相關證明文件。)

上述被保險人目前是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明?
否
是(請填寫被保險人姓名: _____, 並請提供相關證明文件。)

【註】
 1. 若被保險人為未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，需其法定代理人/監護人/輔助人簽名。
 2. 受益人指定二人以上，除特別指定比例或順位給付方式外，由該項保險金之所有受益人平均分配。

【指定受益人之聯絡方式】 受益人指定如為身分別之指定，及不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話，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。

姓名	聯絡電話 ()	聯絡地址	□□□□□□
----	----------	------	--------

【注意事項】 1. 上述資料，如有修正或異動，請被保險人於調整處親自簽名確認。 2. 依保險法第105條規定，訂立死亡保險契約，應經被保險人書面同意。 3. 本計畫由台灣人壽提供，詳細保險保障及相關權益係以簽訂之保險單及條款為準。	要保人(要保單位) 暨負責人/代表人 簽章 中華民國_____年_____月_____日	台灣人壽審核欄	台灣人壽受理欄

團體保險被保險人投保申請表暨健康告知聲明書(C)

要保書文號：中華民國 109 年 10 月 20 日台壽字第 1092610120 號函備查

要保書文號：中華民國 113 年 12 月 01 日台壽字第 1132630138 號函備查修正

一、基本資料：為確保資料的正確性，被保險人各欄資料請以正楷填寫，如有塗改處請簽章確認。

要保單位：_____ 分公司或部室別/代號：_____ 員工代號：_____							
員工地址：_____							
(※若員工地址未填寫則以要保人(要保單位)最後所留之聯絡地址，作為日後被保險人之通知依據。)							
被保險人資料	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親	
姓 名							
身分證統一編號/ 護照/居留證號碼							
出生(民國)年月日							
性別(外籍人士填寫)							
國籍(外籍人士填寫)							
計 劃 別							
工作內容(含兼業)							
目前是否受有監護宣告	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
是否領有身心障礙手冊 或身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
註 1. 被保險人目前受有監護宣告或是領有身心障礙手冊或身心障礙證明(勾選是者)，請提供相關證明文件。 2. 各項保險金受益人詳團體保險要保書約定。							

二、告知事項(如僅投保傷害險者，免填本告知事項)

***被保險人應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以影響本公司對於危險之估計，本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約，保險事故發生後亦同。**

被保險人健康告知事項	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親	
身 高(公分)	公分						
體 重(公斤)	公斤						
下列告知事項是否有 「是」之情事？若有 請告知。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
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)							
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？							
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 140mmHg 或舒張壓 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)、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(肝功能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。							
4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？							
5. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？							

【請續填後頁】

