

長庚醫療財團法人職工福利委員會  
員工暨眷屬自費參加團體保險申請書(114 年度)

|      |       |                                                    |    |
|------|-------|----------------------------------------------------|----|
| 員工代號 | 員工姓名  | 本年度是否需簽回申請書<br>(本欄由台灣人壽套印, 若自行填寫, 仍須依【續保約定事項】選擇辦理) |    |
| 部門名稱 | 行動電話  | 公司電話                                               | 分機 |
| 地址   | Email |                                                    |    |

## 【續保約定事項】

1. ☐ 被保險人(本人/眷屬)同意自次一續年度起團體保險按同一保障計畫繼續續保而不需簽回申請書。  
(1) 若「未勾選」則視為不同意, 惟上方「本年度是否需簽回申請書」欄位經台灣人壽套印為「N」者不適用。  
(2) 「勾選同意」者, 若有下列情形, 續保年度仍須簽回申請書, 並請重新勾選本約定事項, 若「未勾選」則視為不同意:  
A. 被保險人(本人/眷屬)未全部同意「按同一保障計畫繼續保而不簽回申請書」。  
B. 被保險人(本人/眷屬)已同意「按同一保障計畫繼續保而不簽回申請書」, 惟經台灣人壽審核後, 須採調整後計畫續保。

## 【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每年繳付保險費。  
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參加自費團體保險資格。(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<br>(請親自簽名) | 出生(民國)<br>年 月 日 | 身分證統一編號<br>/護照/居留證號 |    | 工作<br>內容 | 計畫<br>別 | 身故保險金或喪葬費用保險金受益人<br>(以被保險人家屬或法定繼承人為限)<br>(註2) |                     |    |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----|----------|---------|-----------------------------------------------|---------------------|----|
|                            |                                                                                           |                   |                 | 外籍人士請填國籍、性別         |    |          |         | 姓名                                            | 身分證統一編號<br>/護照/居留證號 | 關係 |
| 1<br>本人<br>(法定代理人)<br>(註1) | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保<br><input type="checkbox"/> 變更 |                   |                 | 國籍                  | 性別 |          |         |                                               |                     |    |
| 2<br>配偶                    | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保<br><input type="checkbox"/> 變更 |                   |                 | 國籍                  | 性別 |          |         |                                               |                     |    |
| 3<br>子女<br>(1)             | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保<br><input type="checkbox"/> 變更 |                   |                 | 國籍                  | 性別 |          |         |                                               |                     |    |
| 3<br>子女<br>(2)             | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保<br><input type="checkbox"/> 變更 |                   |                 | 國籍                  | 性別 |          |         |                                               |                     |    |
| 3<br>子女<br>(3)             | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保<br><input type="checkbox"/> 變更 |                   |                 | 國籍                  | 性別 |          |         |                                               |                     |    |
| 4<br>父親                    | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保<br><input type="checkbox"/> 變更 |                   |                 | 國籍                  | 性別 |          |         |                                               |                     |    |
| 5<br>母親                    | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保<br><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<br>名 | 聯絡<br>電話 | ( ) | 聯絡<br>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

6. 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。(7)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)。

7. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答)

※若有投保團體長期照顧健康保險時，除回答第1~7告知事項，須另回答第8~9告知事項

8. 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？  
 阿茲海默氏病、退化性關節炎、骨質疏鬆症、失智症、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者、椎間盤疾患，伴有脊髓病變者、脊椎狹窄、外傷脊椎病變、脊椎腫瘤

9. 過去一年內是否曾因患有運動神經元疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？

以上詢問各項如答覆「是」，請在本欄詳細註明被保險人姓名、診斷病名(部位及程度)、診治日期、醫院名稱、治療情形及現在狀況：

三、聲明事項：

1. 本人(被保險人)同意台灣人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
2. 本人(被保險人、要保人)同意台灣人壽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之依據。
3. 本人(被保險人、要保人)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【本人】簽章：\_\_\_\_\_ 被保險人【配偶】簽章：\_\_\_\_\_

被保險人【子女(1)】簽章：\_\_\_\_\_ 被保險人【子女(2)】簽章：\_\_\_\_\_

被保險人【父親】簽章：\_\_\_\_\_ 被保險人【母親】簽章：\_\_\_\_\_

被保險人【 】簽章：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人簽章：\_\_\_\_\_ 身分證統一編號/護照/居留證號碼：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_ 國籍：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

(如被保險人為未滿七足歲之未成年人，由法定代理人代為簽章；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/輔助人一併簽章)

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

| 審查意見                                                                                                                                                           | 受理 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 標準體承保<br><input type="checkbox"/> 婉拒承保<br><input type="checkbox"/> 被保險人(姓名) _____ 以 _____ 及其併發症除外承保<br><input type="checkbox"/> _____ |    |
| 審查人員/日期：_____                                                                                                                                                  |    |