

平安寶一年期團體保險健康告知聲明書

基本資料	員工姓名	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	員工代號	e-mail
	服務單位			
	聯絡電話 (請留 2 支以上)	公:	宅:	手機:
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 公司 <input type="checkbox"/> 住家	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*請以正楷填寫	關係	被保險人姓名	身分證字號	出生年月日	身高	體重	服務單位/職稱/詳細工作內容(含兼職)
	員工本人						
	配偶						
	子女 1						
	子女 2						
	子女 3						
	員工父母						
	員工父母						

◎被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? 是(姓名: _____):如勾選是者,請提供。 否。

◎被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? 是(姓名: _____):如勾選是者,請提供相關證明文件。 否。

告知事項及說明欄	為確保您的權益,以下被保險人告知事項,請務必親自詳實加圈填寫。如有不實,本公司得依保險法第 64 條解除契約,保險事故發生後亦同。				本人	配偶	子女	父母
					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?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.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(指收縮壓 140mmHG,舒張壓 90mmHG 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。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.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"/>

4.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 O.三以下。(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五十分貝(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。

※ 以上各項詢問如有答覆「是」者,請在下列「告知事項說明欄」告知

題號	姓名	疾病/意外名稱	診治日期	就診院所	治療方式(可複選)	目前狀況
					<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____	
					<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____	
					<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____	

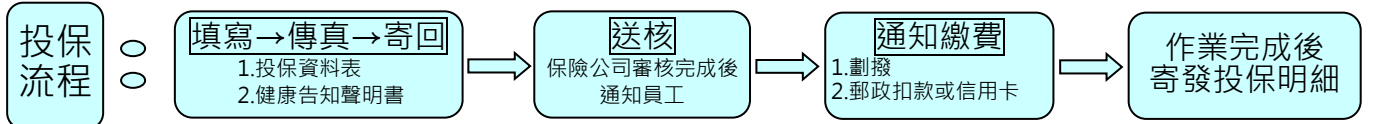
繳費方式	<input type="checkbox"/> 1. 郵政劃撥 (劃撥帳號: 18439721 戶名: 寶祥保險經紀人股份有限公司)	授權人簽名
	<input type="checkbox"/> 2. 郵政媒體轉帳 (請填寫「自動轉帳付款授權書」)	
	<input type="checkbox"/> 3. 信用卡 (茲同意授權自本人信用卡帳戶進行自動轉帳作業,以支付保單年度應繳之保險費予本公司。) 發卡銀行: _____ 有效期限: _____ 月 / 西元 20____ 年 信用卡卡號: _____ - _____ - _____	

註:合約期間本公司將通知續保,採郵政媒體轉帳或信用卡繳費者,如未表示不續保或變更者,本人同意按授權資料扣繳續年度保險費。

簽名欄	被保險人簽名: 有投保者請親自簽名(未滿 18 足歲子女除親簽外,請員工於法代欄簽名)
	法定代理人簽名: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎歡迎影印使用 115/06/01 M 網

新件投保於當月二十五日前辦理投保者,『約定次月 1 日生效』



平安寶一年期團體保險投保資料表

◆保險期間：自 年 月 日至 年 月 日止 編號：

被保險人姓名	身分證字號	出生年月日	計畫別	保險費	身故保險金受益人
					<input type="checkbox"/> 依民法之法定繼承人順位 <input type="checkbox"/> 另行指定(請填受益人指定暨變更申請書)

履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定,向您告知下列事項,請您詳閱:

一、蒐集之目的:(一)人身及財產保險。(二)行銷。(三)消費者、客戶管理與服務。(四)調查、統計與研究分析。(五)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。二、蒐集之個人資料類別:姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、與事故經過相關的查證個人資料等(包含非由您直接提供予本公司之個人資料),詳如相關業務申請書或契約書及應備文件內容所載。三、個人資料之來源:(一)要保人、被保險人。(二)您或您的法定代理人、輔助人。(三)本公司各項業務內所委託、往來之第三人。(四)各醫療院所。(五)司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。四、個人資料利用之期間、對象、地區、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(分)公司、產、壽險公司、要保單位、寶健代理人保險股份有限公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、業務委外機構、與本公司有再保、共同行銷或合作推廣等業務往來之公司、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。五、依據個資法第三條規定,您就本公司保有您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.查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.請求補充或更正。3.請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式:書面。六、您不提供個人資料所致權益之影響:若您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、遲延或無法提供您相關服務或給付。

◎聲明事項:

- (1)本人同意新光人壽保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
 - (2)本人同意新光人壽保險公司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。
 - (3)本人同意新光人壽保險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。
- ◎續保:每逢本團體保險契約期滿前,提供保戶續保通知函件。保戶請以此函件回覆辦理續保、退保手續。為保障保戶權益,凡未回覆之保戶一律以同意續保辦理。
- ◎凡投保平安寶專案者,當傷害醫療險實支實付型險種累積超過本公司及同業3張保單時,新光人壽有權將僅受理傷害保險(無傷害醫療)。

被保險人簽名欄位: 有投保者請親自簽名(未滿18足歲子女除親簽外,請員工於法代欄簽名)

_____、_____、_____、_____、_____、_____

法定代理人簽名: _____

