

109 度 彰化基督教醫院職工福利委員會 員工自費參加團體保險計劃調查表暨申請書

員工姓名	陳媽媽	部門名稱	漢基	員工編號	12345
單位電話	04-7777777 分機 1111	行動電話	0910112233	E-mail	1090701@gmail.com
通訊地址	□□□彰化縣彰化市中山路一段 366 號				

一、被保險人確認事項

- ◎保險公司或要保人(單位)已提供本團保「調查表/加入表填寫說明暨注意事項」供被保險員工(成員)參閱。
- ◎被保險人已審閱「投保人須知」及「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」。

二、被保險人聲明事項

- 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)同意中國人壽保險(股)公司將本要保文件(調查表)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。
- 本人(被保險人、要保人)同意中國人壽保險(股)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。

三、從屬被保險人基本資料(請以正楷填寫)

擇一個計畫參加(子女及父母投保方案另行加保);不得複選且眷屬須與員工投保同一計畫內選項

投保內容 (請勾選)	投保對象	被保險人姓名(親簽註 1)	身分證字號	出生年月日	職業內容(務必詳填)	投保計劃
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 調整	本人	陳媽媽	A223456789	62 / 01 / 01	護理長	01
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 調整	配偶	陳爸爸	A123456789	60 / 01 / 01	行員	
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 調整	子女一	陳小明	A112345678	90 / 01 / 01	學生	01
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 調整	子女二	陳小光	A234567890	99 / 01 / 01	學生	02
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 調整	子女三	陳小君	A254567890	103 / 01 / 01	學生	02
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 調整	子女四			/ /		
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 調整	父親			/ /		
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 調整	母親			/ /		
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 調整	配偶父親			/ /		
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 調整	配偶母親			/ /		

註 1: 從屬被保險人如投保有死亡保險(例. 定期壽險、意外傷害險)依保險法第 105 條規定, 應請被保險人親自簽名同意, 被保險人如未滿 20 足歲, 另應請法定代理人簽名。

註 2: 受益人: 參加本保險之保險金受益人依保單約定如下: 醫療險受益人為被保險人本人, 員工身故受益人依法定繼承人順位, 眷屬身故受益人為員工。參加本保險之眷屬身故或喪葬費用保險金受益人詳保單約定為員工本人; 失能及各項醫療保險金受益人為被保險人本人不受理指定或變更。

註 3: 身故保險金受益人如係身分別之指定, 或要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址或電話時, 則以要保人最後所留存於本公司之聯絡方式, 作為日後身故保險金受益人之通知依據。

註 4: 被保險人若未提供聯絡方式, 同意將以要保人所留存於本公司之聯絡方式為被保險人之聯絡方式。

被保險人(本人/眷屬)同意若自費投保實支實付醫療險(含傷害醫療)累計同業達三張時, 中國人壽將以住院日額險種承保, 其餘內容維持不變。(若無勾選則視為不同意)



中國人壽企業網站

陳媽媽

員 工(法定代理人): _____ (親簽)

(上列被保險人如未滿 20 足歲且投保有死亡險者, 請其法定代理人簽名)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本保險計劃係由中國人壽保險(股)公司提供, 詳細之保險保障及相關之權益係以本公司與中國人壽保險(股)公司簽訂之保險單及條款為準。中國人壽依核保處理制度及程序, 保留承保與否之權力。(若為套裝商品將所有險種不予承保)。

經攬單位: 大華通訊處 業務人員: _____

「投保人須知」

一、投保時，應先請業務員出示登錄證，並請其詳細告知登錄證上所載授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。

說明：保險業務員管理規則第六條規定：業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。

說明：（一）保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。」又「要保人有為隱匿或遺漏不為說明，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。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」前項契約解除權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅，或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。

（二）因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書各項詢問事項，詳實說明或填寫清楚，不能有過失遺漏，故意隱瞞或告知不實情事。否則保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約（不過保險公司須在知有解除原因後一個月內行使）；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人（或被保險人）能證明保險事故發生原因與未告知事項無關，且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

三、除外責任：

說明：（一）保險公司依照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任。

1. 要保人或受益人故意致被保險人於死者（參考保險法第一二一條）。

2. 被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺，或因犯罪處死或拒捕或越獄致死者（參考保險法第一〇九條）。

（二）此外在人壽保險單條款通常都有詳細說明各種除外責任之範圍，可以參閱。

四、保險責任始期保險費過期未繳付，保險契約會自動停止效力。

說明：保險公司的保險責任，應自保險公司同意承保並收取第一期保險費後負保險責任，保險公司並應發給保險單作為承保的憑證。若在保險公司同意承保與否之意思表示前預收相當於第一期的保險費，而發生應予給付的保險事故時，保險公司仍須負保險責任。

五、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知道您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

六、被保險人為未滿十五足歲之未成年人，或受監護宣告尚未撤銷者，其身故保險金給付之限制。

說明：（一）本契約生效時，以未滿十五足歲之未成年人為被保險人，無身故保險金之給付。（二）訂立本契約時，以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其喪葬費用保險金額總和（不限本公司），不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費用扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。（三）前開內容在保單條款都有詳細規定，可以參閱。

七、本保險商品受保險安定基金之保障。

說明：保險安定基金之保障適用於依我國法律設立許可之本（外）國人壽保險業在我國境內銷售之有效保險契約，但不包括下列契約：（一）未經我國法令許可之保險業在國內所銷售之保險契約。（二）國內壽險業之國外（總）分支機構在國外銷售之保險契約。（三）保險商品之專設帳簿部分。（四）依據勞工退休金條例年金保險實施辦法規定銷售之勞退企業年金保險契約及勞退個人年金保險契約。（人身保險安定基金動用範圍及限額第二點）

八、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：

說明：要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定先向保險業提出申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向爭議處理機構申請評議。

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

版本 10712

中國人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

- (一)〇〇一 人身保險
- (二)〇四〇 行銷
- (三)〇五九 金融服務業依法令規定及金融監理需要、所為之蒐集處理及利用
- (四)〇六九 契約、類似契約或其他法律關係事務
- (五)一八一 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：

- (一)姓名
- (二)身分證統一編號
- (三)地址等聯絡方式
- (四)病歷、醫療、健康檢查
- (五)財務狀況
- (六)聲音、影像檔案
- (七)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：

- (一)期間：本保險契約之有效期間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、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、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、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。

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。
- (二)行使權利之方式：書面。

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。