

### 團體保險自費件加入調查表

保單號碼	G31289-001	要保單位	淡江大學
------	------------	------	------

查、員工本人資料【請正楷填寫；如續保欲變更資料請另填寫契約變更申請書】

姓名	王大明	出生日期	65.10.02	身分證字號	A12345678
單位/部門	00系	職稱	助理教授	員工編號	0000
連絡地址	□□□ 台北市大安區敦化南路一段00號7樓之1				
連絡電話/手機號碼	0970-123456	E-MAIL信箱	abcdefg@gmail.com		

貳、投保名單與基本資料【請正楷填寫】(註)

身份關係	申請事項	姓名及簽章	出生年月日	投保等級/計劃	身故或喪葬費用保險金受益人指定如下：(如不指定受益人，依要保書約定) <input checked="" type="checkbox"/> 地址/電話同員工本人。 【保險契約條款已有約定者，依所約定之內容辦理】		
			身分證字號		姓名	身分證字號	電話
配偶	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更	陳美麗	66.01.01	1	姓名：	身分證字號：	電話：
			B223456789		(請勿填寫，依約定受益人為員工)		
子女1	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更	王大寶	100.06.01	1	姓名：	身分證字號：	電話：
			A11122233		(請勿填寫，依約定受益人為員工)		
子女2	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更	王小寶	102.07.21	1	姓名：	身分證字號：	電話：
			A123224574		(請勿填寫，依約定受益人為員工)		
子女3	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更			1	姓名：	身分證字號：	電話：
					(請勿填寫，依約定受益人為員工)		
父	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更	王老爸	35.02.03	1	姓名：	身分證字號：	電話：
			A100***300		(請勿填寫，依約定受益人為員工)		
母	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更	王陳大媽	36.02.01	1	姓名：	身分證字號：	電話：
			B233***124		(請勿填寫，依約定受益人為員工)		

註：本調查表之「投保名單與基本資料」如與「國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書」所載內容不同時，則依「國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書」所載內容為準。

- ✦ 第一次投保請勾選「加保」；如續保時欲變更投保等級/計畫，請勾選「變更」，並填寫變更後之投保等級/計畫。
- ✦ 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將應退還之保險費，匯入國泰人壽「保險費約定付款授權暨電子單據服務申請書」所約定之授權人帳戶。
- ✦ 受益人：員工之身故保險金受益人或喪葬費用保險金受益人，以指定家屬或其法定繼承人為限；醫療保險金受益人限被保險人本人。如未填寫受益人之聯絡電話及地址時，國泰人壽將於保險事故發生後，以要保人最後留存於國泰人壽之聯絡方式通知身故保險金受益人。身故保險金受益人約定為法定繼承人時，以被保險人身故時之法定繼承人為準，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定。
- ✦ 個人資料保護法告知事項：國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、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(包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址、病歷、醫療及健康檢查等資料)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，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(0800-036599)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。若您未能提供相關個人資料時，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。
- ✦ 本人同意國泰人壽得以本申請書所留存之聯絡資訊(包括但不限於手機號碼、市話號碼、E-mail或地址等)，作為日後提供各項服務權益及通知使用；除以前述方式通知外，亦得由服務人員轉交相關資料。

本人已詳閱「保障計劃簡表」並知悉相關內容，員工本人親簽：王大明

國泰人壽內部使用					
項目	送件人	送件人 ID	收件日	生效日	經辦受理
<input type="checkbox"/> 新契約投保	鄭光暉	Q121375873			
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保					

要保單位章 淡江大學 大章	承辦人章 李彩玲	員工 <input checked="" type="checkbox"/> 在職 <input type="checkbox"/> 退休
---------------------	-------------	---



受益人欄位請勿填寫，眷屬之身故受益人約定為員工

請承辦人員蓋章確認員工是否在職

\*新加保者請填寫此表(續保者可免填)

保單號碼 G31289-001

### 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 95 年 12 月 1 日國壽字第 95120001 號備查

中華民國 108 年 11 月 08 日國壽字第 108110008 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」之一部分。

#### 壹、被保險人基本資料

要保單位：淡江大學

員工編號：0000 地址：台北市大安區敦化南路一段00號7樓之1 手機號碼：0970-123456

E-Mail 信箱：abcdefg@gmail.com

身故保險金或喪葬費用保險金受益人

被保險人	姓名	出生年月日 身分證字號	職業 工作內容	投保 等級	身故保險金或喪葬費用保險金受益人		
					姓名	身分證號碼	與被保人關係 聯絡地址
本人	王大明	65.10.02 A12345678		等級			
配偶	陳美麗	66.01.01 B223456789	會計	等級 1			
子女1	王大寶	100.06.01 A11122233	學生	等級 1			
父	王老爸	35.02.03 A100***300	無	等級 1			
母	王陳大媽	36.02.01 B233***124	無	等級 1			
子女2	王小寶	102.07.21 A123>>4514	學生	等級 1			

#### 監護宣告及 身心障礙詢問

1. 以上被保險人是否有領取身心障礙手冊或有身心障礙證明者？ 無 有  
 2. 被保人是否有受監護宣告者？ 無 有，凡勾選有者，請填寫姓名及提供證明文件。姓名：

#### 投保同業醫療險狀況

1. 以上被保險人是否有投保同業實支實付型醫療險？ 無 有，姓名：  
 2. 以上被保險人是否有投保同業實支實付型傷害醫療險？ 無 有，姓名：王大明/王大寶

※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，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。

#### 貳、告知事項

被保險人目前之身高、體重	本人	配偶	子女1	父	母	子女2
	公分	160公分	160公分	116公分	172公分	153公分
公斤	42公斤	42公斤	20公斤	72公斤	42公斤	18公斤
※下面各欄內請由被保險人親自以「✓」表示告知 投保壽險者，請回答下列 1-7 項之問題；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 (免填)	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？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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)。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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？ (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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

自費案雖只保眷屬，但仍請員工填上姓名/生日/ID

身高及體重必填，告知事項有勾是者，必須在下一頁說明

受益人欄位請勿填寫，眷屬之身故受益人約定為員工



711071

10801 版

告知事項	本人	配偶	子女	父	母	
	是否	是否	是否	是否	是否	是否
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.(1)現在是否仍患有上述 1-7 項所列疾病？ (2)現在是否仍患有下列疾病： (A)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、史蒂芬一強生症候群、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。 (B)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。 (C)結核病、腦膜炎、梅毒、腦炎、水腦症。 (D)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。 (E)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。 (F)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)。 (G)肝腫大、消化性潰瘍或出血、慢性胃炎、肝膽結石、腸阻塞。 (H)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、骨盆腔膜炎、前列腺肥大或發炎、子宮頸糜爛、子宮脫出。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9.(1)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？ (A)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 (B)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、巴金森氏症 (C)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病 (D)糖尿病 (E)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症 (F)視網膜出血或剝離、視神經病變。 (2)目前身體機能是否有下列障害： (A)失明。(B)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。(C)聾。 (D)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。(E)啞。 (F)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(G)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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

王老爸，因高血壓及糖尿病，至國泰醫院就醫，目前僅門診拿藥，無手術，持續回診中

參、聲明事項：

- 一、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。
- 二、本人(被保險人、要保人)同意貴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與否之依據。
- 三、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。

※本要保書告知事項均經要保人及被保險人確認，如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，本公司得依保險法第六十四條之規定解除契約，其危險發生後亦同。  
 ※本人(被保險人)於填寫申請書時，已詳閱貴公司所提供之「個人資料保護法應告知事項」。

被保險人簽名：

陳美麗 / 王大寶 / 王老爸 / 王陳大媽 / 王小寶



法定代理人/監護人/輔助人簽名： 中華民國 109 年 07 月 25 日

1. 王大明 關係 父 身分證字號 A123456789 國籍 中華民國 出生年月日 65.10.02
2. 王小明 關係 父 身分證字號 A123456789 國籍 中華民國 出生年月日 65.10.02

註：若要保文件已有資料者，可免填寫關係、身分證字號及出生年月日。

業務員 1 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員 2 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員 3 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)
職域代號					



若被保險人未滿 7 歲，其姓名才能由其父母之一代簽，並請在法定代理人再簽上其父或母之一資料