【淡江大學學校財團法人淡江大學-員工眷屬自費團體保險投保資料表】

參、員工基本資料(以下資料必填)

員工姓名：王大明　身分證字號：A123456789　出生年月日：76/5/3

部門別：職能福利組　員工編號：111111　電話：（公司）2170　手機：0987654321

肆、員工暨眷屬自費參加者投保資料

(注意事項：1.以下投保資料請以正楷填寫，若填寫錯誤，請被保險人於塗　　.員　　工身分投保不得採用眷屬身分重複投保，眷屬亦不得重附加保。)

伍、☑被保險人之身故保險金受益人為法定繼承人(勾選此項，受益人資料不需填寫)。

身分	計劃別	被保險人親簽(註1)	國籍	出生年月日	身份證字號	電話(含分機) 手機	法定代理人親簽姓名			職業類別(工作內容)	異動項目
配偶	☑2 ☐3	陳小美	台灣	8/3/2	F234567890	電話手機 0965784320		親簽 身分 出生 電話 國籍：	（請勿填寫）	會計	☑新加保 ☐續保
子女	☐4					電話手機		親簽姓名： 身分證字號: 出生年月日 電話： 國籍：	（請勿填寫）		☐新加保 ☐續保
子女	☐4					電話手機		親簽姓名： 身分證字號: 出生年月日： 電話： 國籍：	（請勿填寫）		☐新加保 ☐續保
子女	☐4					電話手機		親簽姓名： 身分證字號: 出生年月日： 電話： 國籍：	（請勿填寫）		☐新加保 ☐續保
父母	☐5					電話手機		親簽姓名： 身分證字號: 出生年月日： 電話： 國籍：	（請勿填寫）		☐新加保 ☐續保
父母	☐5					電話手機		親簽姓名： 身分證字號: 出生年月日： 電話： 國籍：	（請勿填寫）		☐新加保 ☐續保

註 1：從屬被保險人如有投保死亡保險，依保險法第 105 條規定，應請被保險人親自簽名同意，被保險人未滿18 足歲，請法定代理人簽名。

☑(1)本人已審閱新光人壽所提供之「保險單條款樣本」、「投保人須知」、「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」，並已於合理期間審閱前開全部條款並於充分了解其內容後方始簽章。嗣後前述資料若有修正時，同意新光人壽以電子文件或書面方式寄送通知，雙方之權利義務以修正後之文件為準。

(2)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。

(3)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。

(4)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。

陸、保險費繳交方式及聲明:

本人（員工）同意參加本保險計劃，經保險公司核保通過後並同意由要保單位自本人薪資中代扣保險費。

員工(法定代理人)親簽：王大明(親簽)

※若有任何問題請電洽服務窗口：范家綸協理聯絡電話02-2257-2710 手機0920911650 電子信箱philip620824@gmail.com

申請日期：民國 113 年 6 月 27 日

新光金控 | 新光人壽 Shin Kong Life

107年09月修訂

投保申請表暨健康聲明書

機密等級:機密

(團體險專用)

要保單位： 淡江大學學校財團法人淡江大學														保單號碼：			
被保險人(關係)	姓名	性別	出生年月日	身份證字號										職業類別/工作內容	計劃別	身高(公分)	體重(公斤)
(1)本人	王大明	☑男 ☐女	76/5/3	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
(2)配偶	陳小美	☐男 ☑女	78/3/2	F	2	3	4	5	6	7	8	9	0	會計	2	160	54
(3)子女		☐男 ☐女															
(4)		☐男 ☐女															
(5)		☐男 ☐女															
(6)		☐男 ☐女															

身高及體重必填

◎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，請提供相關証明文件。☑否。

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。	眷屬/關係 (1)本人		(2)配偶		(3)子女		(4)		(5)		(6)	
	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否
一、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?	☐	☐	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
二、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? (如答覆是者，請圈選下列病症) (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、膽結石。 (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)	☐	☐	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
三、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)	☐	☐	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
四、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? (如答覆是者，請圈選下列病症) (1)高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)(如有請於「告知事項說明欄」目前狀況處填明實際之血壓)、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、心律不整(指竇性心跳過速、心房撲動、心房纖維性顫動、期外收縮、陣發性心跳過速、心室纖維性顫動、心臟傳導阻斷)。 (2)腦中風(腦出血、腦梗塞、腦栓塞)、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、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(GOT、GPT值超過35IU/L以上)。 (5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 (6)視網膜出血或剝離、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。	☐	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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。	(1) 本人	眷屬/關係 (2) 配偶	(3) 子女	(4)	(5)	(6)
	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
五、過去五年內，是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?	□ □	□ ☑	□ □	□ □	□ □	□ □
六、目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙、智能障礙(外表無法明顯判斷者)? (如答覆是者，請圈選狀況)	□ □	□ ☑	□ □	□ □	□ □	□ □
七、已確知懷孕? (懷孕　　週) (女性被保險人回答)	□ □	□ ☑	□ □	□ □	□ □	□ □
八、投保醫療險者請填寫本項 (本契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，本公司對是項疾病或分娩，不負給付之責任) (1)現在是否仍患有下列疾病？精神官能症、何杰金氏症、膽管炎、膽囊炎、梅毒、腦性麻痺、腦膿瘍、化膿性骨髓炎、併發有嘔吐現象的持續性頭痛、內耳炎、鼻竇炎、乳突炎、坐骨神經痛、椎間板脫出、腎結石、輸尿管結石、膀胱結石、腦膜炎、腦炎、水腦症。 (2)是否曾金屬中毒、化學中毒？ (如答覆是者，請圈選病症)	□ □	□ ☑	□ □	□ □	□ □	□ □

※ 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

告 知 事 項 說 明 欄

被保險人姓名	疾病名稱	發病日期	就診醫院	治療方式 (可複選)	目前狀況
陳小美	高血壓	111/3/21	新光醫院	☑門診 □住院,約_____天 □手術 □其他_____	持續回診
				□門診 □住院,約_____天 □手術 □其他_____	
				□門診 □住院,約_____天 □手術 □其他_____	
				□門診 □住院,約_____天 □手術 □其他_____	

(1)本人(被保險人)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(被保險人、要保人)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(被保險人、要保人)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。

此致　**新光人壽保險股份有限公司**　台照

被保險人簽章　　要保單位覆證：

(1) 本人：王大明(親簽)　簽章　　監　護　人：　簽名
(2) 配偶：陳小美(親簽)　簽章　　法定代理人：　簽章
(3) 子女：　簽章　　法定代理人：　簽章
(4) _____：　簽章　　法定代理人：　簽章
(5) _____：　簽章

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

日　期：　年　月　日

新 光 人 壽 專 用

審查意見	(1)本人： (2)配偶： (3)子女： (4) (5) (6)	核保人簽章	

收件人：